

Muertes por homicidios: serie histórica¹

Flávia Azevedo de Mattos Moura Costa²

Ruth França Cizino da Trindade³

Claudia Benedita dos Santos⁴

Objetivo: describir la mortalidad por homicidios en Itabuna-Bahía. Método: estudio con delineamiento híbrido, ecológico y de tendencia temporal. Fueron calculados los coeficientes de mortalidad por 1.000 habitantes ajustados por la técnica directa, la mortalidad proporcional según sexo e intervalo de edad y los Años Potenciales de Vida Perdidos. Resultados: desde 2005 las causas externas pasaron de la tercera para la segunda causa de muerte, siendo los homicidios responsables por el incremento. En los 13 años analizados, los homicidios ascendieron 203%, con 94% de esas muertes ocurriendo en la población masculina. Entre esta, el crecimiento sucedió principalmente en el intervalo de edad de 15 a 29 años de edad. Se encontró que 83% de las muertes fueron por arma de fuego; 57,2% ocurrieron en la vía pública; y 98,4% en la zona urbana. En 2012, los 173 homicidios ocasionaron 7.837 años potenciales de vida perdidos, con cada muerte provocando, en promedio, la pérdida de 45,3 años. Conclusiones: la mortalidad por homicidios en una ciudad de porte medio en Bahía alcanza índices observados en las grandes metrópolis del país en la década de 1980, evidenciando que el fenómeno de la criminalidad violenta - antes predominante apenas en los grandes centros urbanos - avanza para el interior provocando cambios en el mapa de la violencia homicida del país.

Descriptorios: Homicidio; Mortalidad; Violencia.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Patrones espaciales de los homicidios asociados al Indicador Adaptado de Condición de Vida en el municipio de Itabuna - Bahia", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Profesor Asistente, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, BA, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Flávia Azevedo de Mattos Moura Costa
Universidade Estadual de Santa Cruz. Departamento de Ciências da Saúde
Campus Professor Soane Nazaré de Andrade
Rod. Jorge Amado, km 16, s/n
Bairro: Salobrinho
CEP: 45662-900, Ilhéus, BA, Brasil
E-mail: flavia@uesc.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

Caracterizada como fenómeno de causalidad compleja y multifactorial, se puede definir la violencia como acciones realizadas por uno o más individuos y que ocasionan daños físicos o psicológicos a sí propio o a otros⁽¹⁾. En ese sentido, presenta profundas raíces en las estructuras sociales, económicas y políticas, representando un riesgo para el proceso de desarrollo humano, con potenciales amenazas a la vida y a la salud y consecuente posibilidad de muerte⁽²⁾.

Entre las varias formas de expresión de la violencia, el homicidio es el acto más atroz, ya que "priva a la víctima de todos sus derechos de forma definitiva", tornándose un indicador de la incapacidad de la sociedad en desarrollar y mantener mecanismos no letales de resolución de conflictos. La mortalidad por homicidios llama la atención, fundamentalmente, por que, además de ocurrir en gran número, alcanza, en su mayoría, a una población joven. Ella se constituye en la principal causa de muerte en el intervalo de edad de 15 a 44 años, subvirtiéndose el estándar ocurrido en los países de primer mundo, en los cuales las muertes ocurren en edades más avanzadas, siendo la causa principal de años potenciales de vida perdidos en esa población⁽¹⁻³⁾.

En Brasil, desde la última década, la concentración de homicidios que antes estaba presente en las grandes metrópolis, se propaga para el interior, a medida que el crimen organizado busca nuevos espacios. Además de las dificultades de las instituciones de seguridad pública en contener el proceso de interiorización de la violencia, la degradación urbana contribuye decisivamente para este fenómeno, ya que la pobreza, la desigualdad social, el bajo acceso popular a bienes y servicios básicos no son más problemas exclusivos de las grandes metrópolis⁽¹⁾.

Una investigación realizada por el Ministerio de Justicia (MJ) y el Fórum Brasileño de Seguridad Pública, en que participaron 266 municipios con más de 100 mil habitantes, en el año de 2009, confirma que a pesar de que la violencia está difundida por todo el país, esta viene creciendo en el Norte y Noreste. Esto es un reflejo de indicadores sociales bajos, de pocos recursos para aplicación en sistemas de seguridad pública y de pocas políticas preventivas⁽⁴⁾.

En Bahía, están cinco de los quince municipios, apuntados por la referida investigación realizada por el MJ, en donde los jóvenes brasileños están más expuestos a la criminalidad, según el Índice de Vulnerabilidad Juvenil a la Violencia, (IVJ-Violencia) que considera datos socioeconómicos como: número de agresiones,

escolaridad, acceso al mercado de trabajo, renta y vivienda⁽⁴⁾.

La situación más grave está en el municipio de Itabuna, que ocupa el primer lugar del *ranking* general de la investigación, evidenciando jóvenes del sexo masculino, cada vez más participando como víctimas y/o autores de las muertes por homicidios. Estas muertes, en los espacios urbanos, están vinculadas a la impunidad de las infracciones y delincuencias; al consumo exagerado de bebidas alcohólicas; al uso y tráfico de drogas; al amplio acceso y disponibilidad de las armas de fuego; y, a la ausencia de un proyecto político de mayor inclusión, que sea capaz de reducir la exclusión social a que están sometidos diversos segmentos de su sociedad⁽¹⁾.

Este estudio tiene como objetivo describir la mortalidad por homicidios en Itabuna-Bahía en el período de 2000-2012. Se cree que el conocimiento - de la magnitud, caracterización y tendencias de la mortalidad por causas violentas, en especial por homicidios, en Itabuna, con énfasis en su distribución según sexo, edad, causas y tendencias temporales en el período de 2000 a 2012, además de los Años potenciales de Vida Perdidos para el año de 2012 - podrá subsidiar la planificación e implantación de acciones dirigidas para las particularidades locales que sean eficaces en la reducción y prevención de esos eventos, objetivando obtener un mayor impacto positivo en los niveles de salud y en las condiciones de vida de la población.

Método

Se realizó un estudio con delineamiento híbrido, ecológico y de tendencia temporal (retrospectivo y longitudinal), de la mortalidad por homicidio en el período de 2000 a 2012, en el municipio de Itabuna, localizado en la región Sur del estado de Bahía, en la micro-región productora de cacao. Ese municipio que durante mucho tiempo tuvo como base económica la cultura del cacao, desde el final de la década de 1980, viene enfrentando una crisis grave con el apareamiento de la plaga "escoba de brujas" que causó una disminución acentuada de la producción. Actualmente la ciudad ha buscado alternativas económicas, con la ayuda del comercio, de la industria y de la diversificación de cultivos, siendo un importante entropuesto comercial del Estado, situada a las márgenes de las carreteras BR-101 y BR-415⁽⁵⁾.

La población de la ciudad de Itabuna obtuvo 204.667 habitantes en el censo realizado el año de 2010, de los cuales 47,36% son hombres y 52,64%

mujeres; 97,54% residiendo en zona urbana⁽⁶⁾. El municipio posee la 5ª mayor densidad demográfica del Estado de Bahía (464,54 hab./km²) y es formado por 59 barrios, presentados de forma heterogénea en cuanto a la densidad demográfica, y caracterizados por desigualdades sociales.

La población del estudio comprendió la totalidad de los homicidios de personas que residían en Itabuna y cuya agresión ocurrió en el mismo municipio, en el período de 2000 a 2012, obtenidos del Sistema de Informaciones sobre Mortalidad (SIM) administrado por el Ministerio de la Salud. Las informaciones fueron analizadas en términos de coeficientes de mortalidad (/1.000 habitantes) y mortalidad proporcional (/100)⁽⁷⁾, según sexo e intervalo de edad. La proporción de muertes por homicidios fue calculada sobre el total de muertes por causas externas. Fueron utilizados también los datos del censo suministrados por la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), a partir de los censos realizados en 2000 y 2010 y las proyecciones inter-censos colocadas a disposición por el DATASUS.

Para posibilitar la comparación de los coeficientes de mortalidad específicos por causa de muerte a lo largo del período en estudio, fue empleada la estandarización de edades por la técnica directa, con el objetivo de controlar los efectos de los cambios en la estructura etaria de la población a lo largo del tiempo. En este estudio, fue utilizada como población estándar la del censo de 2010 del municipio de Itabuna-BA⁽⁷⁾.

Los coeficientes de mortalidad específicos por intervalo de edad fueron aplicados sobre los respectivos contingentes poblacionales de la población estándar. Se obtuvo el número de muertes esperados que podrían ocurrir en cada intervalo de edad, en el caso de que la población estándar estuviese expuesta a los coeficientes de mortalidad específicos que, dividido por la población estándar, resultó en el Coeficiente de Mortalidad por Causa Estandarizada⁽⁷⁾.

Considerando que para los Coeficientes de Mortalidad específicos por edad no cabe la estandarización para efecto de comparación, estos fueron confrontados en su estado bruto.

Para la realización de los cálculos del APVP, fue utilizada la técnica propuesta por Romeder y McWhinnie⁽⁸⁾.— APVP entre 1 y 70 años. En su cálculo, se consideraron solamente las muertes ocurridas entre las edades de 1 y 69 años completos.

La fórmula para el cálculo de los APVP fue realizada según la expresión:

$$APVP = \sum_{i=1}^k d_i(L - x_i)$$

L = límite del tiempo de vida (solamente las muertes con edades inferiores a L serán consideradas);

x_i = edad en que la muerte ocurrió, siendo $x_i < L$;

d_i = representa el número de muertes con la edad x_i ,

$1 \leq K \leq L-1$ en una población y en un dado intervalo de tiempo.

Para el cálculo del APVP por todas las causas externas (CID-10) con edad de 1 a 69 años (L=70), en el municipio de Itabuna, 2012, se optó por utilizar la edad exacta en que cada muerte ocurrió, sustrayéndola de L. La sumatoria de esos productos suministra el total de APVP, valor que representa el número estimado de pérdidas para una causa específica de muerte o para todas las causas.

Se consideró homicidio a las lesiones provocadas intencionalmente, clasificadas por la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CID-10), como "Agresiones" (X85 a Y09) y además las "Intervenciones Legales" (Y35 a Y36): incluyen agresiones por arma de fuego (X93-X95), agresiones por instrumento punzocortante (X99) y otras violencias. En intervenciones legales (Y35) son incluidos traumatismos infligidos por la policía u otros agentes de la ley, incluyendo militares en servicio, durante la prisión o intento de prisión de transgresores de la ley, al reprimir tumultos, al mantener el orden, y otra acción legal⁽⁹⁾.

Este estudio hace parte de la investigación denominada "Estándares espaciales de los homicidios asociados al Indicador Adaptado de Condición de Vida en el municipio de Itabuna - Bahía", aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, bajo el protocolo CAEE: 10176413.0.0000.5393.

Resultados

En el período de 2000 a 2012 fueron registrados en el SIM, 18.922 muertes en Itabuna, de estos, cerca de 10% (1.916 muertes) son por "síntomas, señales y casos anormales de exámenes clínicos no clasificados en otra parte" y expresan las muertes en que no hubo definición de la causa básica.

De las muertes por causas definidas, a partir del año de 2005, en el municipio de Itabuna, las causas externas (accidentes y violencia), que ocupaban la 3ª posición, pasaron para la 2ª posición, conforme la Figura 1, que

exhibe los coeficientes de mortalidad por causa específica, estandarizados por edad, por la técnica directa, según los siguientes intervalos de edad: menor de un año; 1 a 4 años; 5 a 9 años; 10 a 14 años; 15 a 19 años; 20 a 29 años; 30 a 39 años; 40 a 49 años; 50 a 59 años, 60 a 69 años; 70 a 79 años y 80 años y más. Así, en el período estudiado, el menor coeficiente de muertes por causas externas fue de 0,88/1.000 habitantes en el año 2000 y el mayor 1,39/1.000 habitantes en 2010, lo que representa un crecimiento de cerca de 37% de las muertes por ese conjunto de causas. Para la estandarización de esos coeficientes por la técnica directa, fueron descartadas las muertes cuya edad es ignorada: 05 muertes por Enfermedades del Aparato Circulatorio; 02 muertes por Enfermedades del Aparato Respiratorio; 01 muerte por Neoplasia y 36 muertes por Causas Externas.

Cuando se examina la distribución del total de 2.973 muertes por causas externas, ocurridas en el período de 2000-2012, por tipos específicos, se verifica que 237 muertes, 8%, fueron registradas como "eventos cuya intención es indeterminada", o sea, la información disponible no fue suficiente para permitir la distinción entre tratarse de un accidente, de un suicidio o de un homicidio.

En relación a la mortalidad proporcional, en el año de 2012, los homicidios fueron responsables por 82,5% de las muertes por causas externas con intención definida, presentando un crecimiento considerable desde el año 2000, cuando entonces correspondían a 38,6% de las muertes por esas causas.

La Figura 2 permite observar el crecimiento de los coeficientes de mortalidad por homicidios que desde el inicio de la serie, hasta el año de 2012, pasaron de 0,28/1.000 hab. para 0,85/1.000 hab. Las demás causas externas (accidentes de transporte, suicidios, otras causas accidentales y demás causas externas en que participan complicaciones médicas y quirúrgicas) mantuvieron coeficientes estables hasta el año de 2011, presentando caída en 2012, lo que puede significar fallas en los registros de las informaciones.

Observando la tendencia de ese conjunto de causas por sexo, se constatan diferencias nítidas, cuando aproximadamente 95% de las muertes por homicidio incidieron en la población masculina. El aumento de los coeficientes de mortalidad por causas externas para los hombres se debió, básicamente, al aumento de los homicidios, que desde el año 2000 se tornaron más de tres veces mayores, elevándose de 0,56, para 1,74 muertes por 1.000 habitantes, en 2012. Para las mujeres los coeficientes variaron de 0,03/1.000 hab. en el año 2000 para 0,14/1.000 hab. en 2011, disminuyendo para 0,05 en 2012.

Llama la atención la magnitud de la mortalidad proporcional por homicidio entre los hombres cuando comparado al de mujeres: la mortalidad proporcional de los homicidios entre los hombres es equivalente en promedio a 15,3 veces a aquel entre las mujeres, para el mismo período.

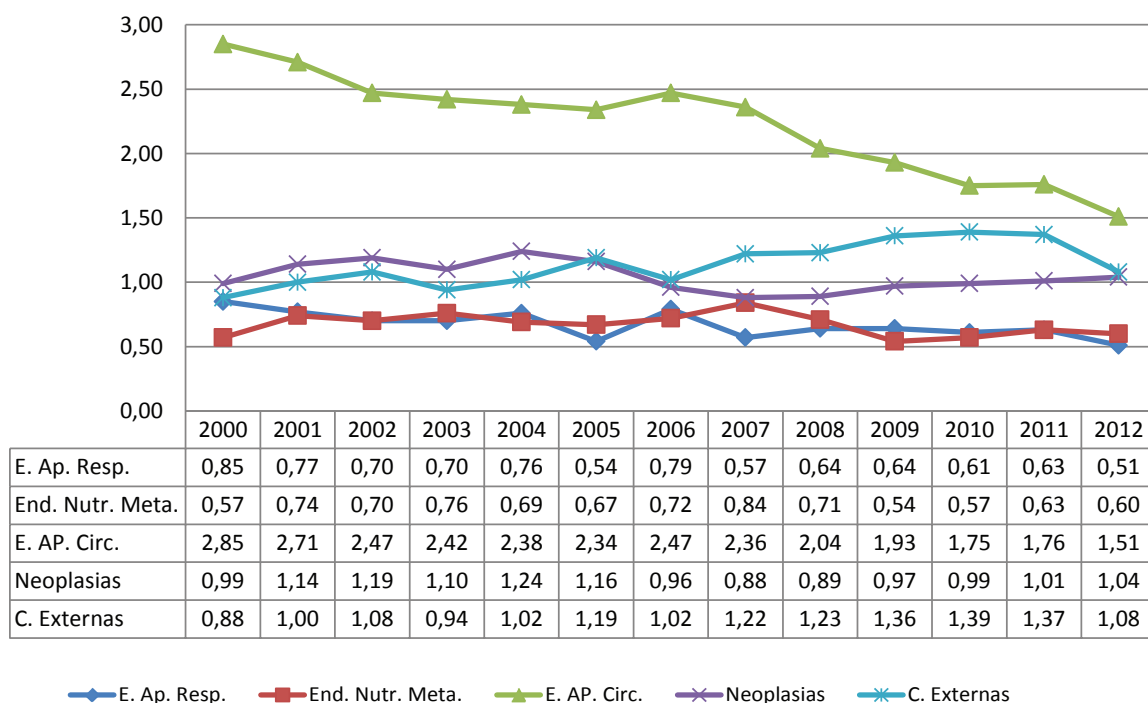


Figura 1 - Distribución de los coeficientes de Mortalidad (por 1.000 habitantes) estandarizados por edad, por la técnica directa, según cinco principales causas específicas de muerte y año. Itabuna, BA, Brasil, 2000-2012

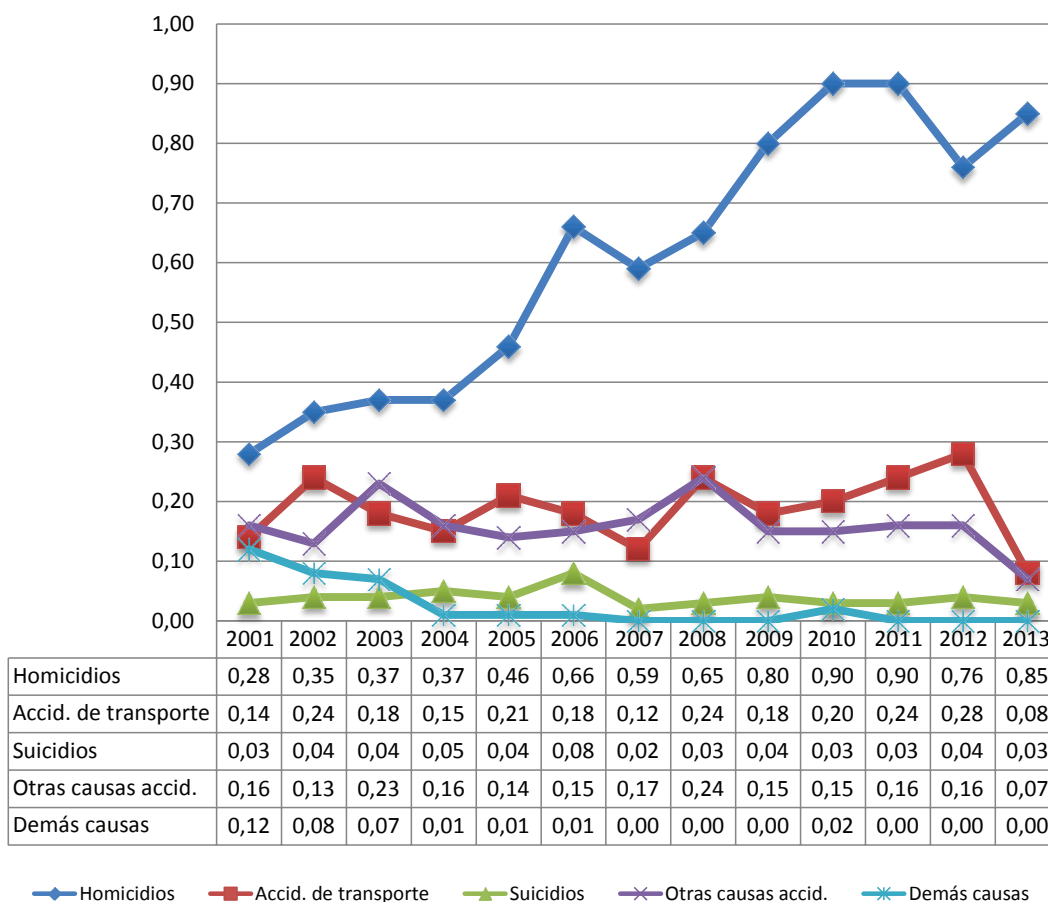


Figura 2 - Distribución de los Coeficientes de Mortalidad (por 1.000 habitantes) para todas las edades, según conjunto de causas externas y año. Itabuna, BA, Brasil, 2000-2012

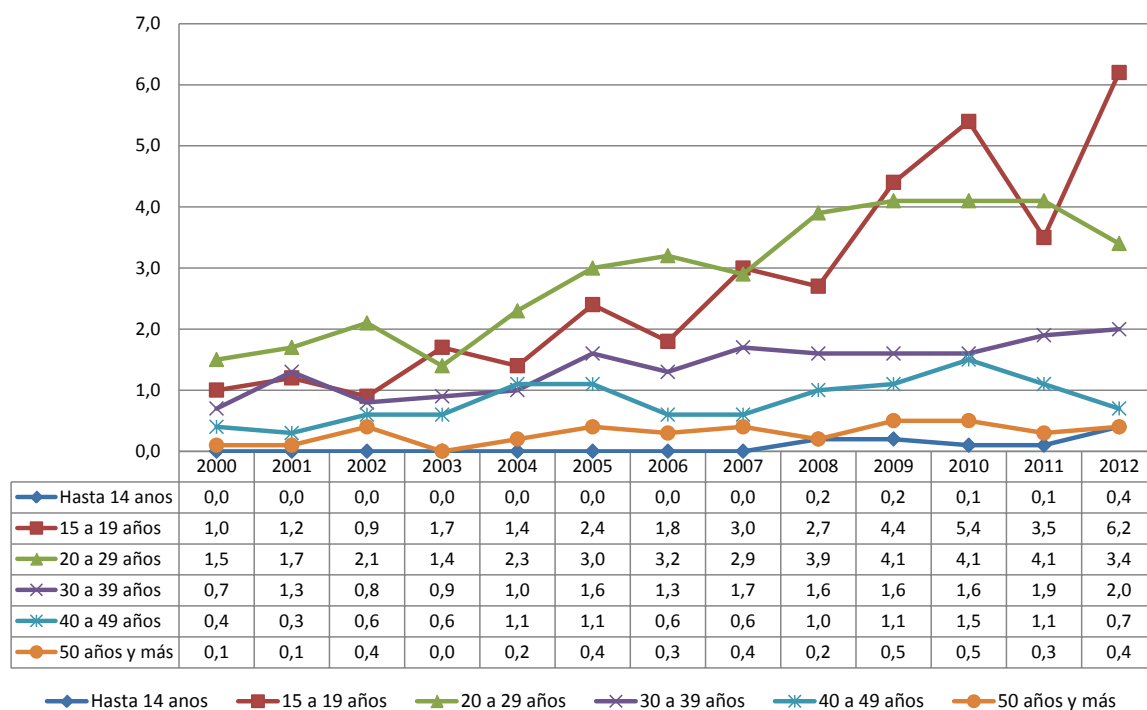


Figura 3 - Distribución de los Coeficientes de Mortalidad por homicidios, sexo masculino, según grupos etarios y año. Itabuna, BA, Brasil, 2000-2012

En Itabuna, en el período estudiado, en promedio ocho (8), entre 100 muertes de hombres, fueron consecuencia de homicidios, en cuanto para las mujeres apenas 0,5 fueron causados por homicidios.

A lo largo de los años estudiados, la comparación de los datos relativos a los coeficientes de mortalidad por homicidios mostró, que en el sexo masculino, el aumento aconteció en todas los intervalos de edad, con destaque para el de 15 a 29 años de edad, cuyos coeficientes pasaron de 1,0 para 6,2 muertes por 1.000 habitantes (Figura3). En el sexo femenino, los mayores coeficientes también fueron registrados en ese intervalo de edad, variando de 0,08, en el año 2000, para 0,11 en 2012. En los demás intervalos de edad, entre las mujeres, los coeficientes de mortalidad disminuyeron. El porcentaje de muerte por homicidio entre los hombres de 15 a 29 años de edad fue 56 veces mayor que el registrado entre las mujeres, en el mismo grupo de edad, en 2012.

Se calculó los Años Potenciales de Vida Perdido (APVP) de la población de Itabuna para el año de 2012, ya que fue el que presentó más elevados coeficientes de mortalidad por homicidio en la población de 15 a 19 años (coeficientes de 3,1 para población general y de 6, 2 para el sexo masculino). Los homicidios respondieron por 173 muertes, ocasionando 7.837 años potenciales de vida perdidos; cada muerte provocando, en promedio, la pérdida de 45,3 años (APVP). Considerando el límite de vida igual a 70 años, se estimó que, en promedio, las muertes ocurrieron en la edad de 24,7 años ($70,0 - 45,3 = 24,7$). Los homicidios ocupan la primera posición en el número de casos y en los APVP, revelando entonces la mortalidad precoz como parámetro importante en la medida de las condiciones de salud de una población.

Tabla 1 - Distribución de las muertes, numéricamente, por porcentaje e indicadores, según causa básica. Itabuna, BA, Brasil, 2012

Causa básica (CID10)	Nº de muertes	Muerte (%)	Edad Promedio	Total de Años Potenciales de Vida Perdidos	Años Potenciales de Vida Perdidos (%)	Años Potenciales de Vida Perdidos /Muerte
Homicidios	173	82,0	24,7	7837	89,2	45,3
Accidentes de Transito	15	7,1	45,8	363	4,1	24,2
Otras lesiones accidentales	11	5,2	42,9	298	3,4	28,1
Suicidios	6	2,8	39,7	182	2,1	30,3
Intención indeterminada	5	2,4	51,4	93	1,1	18,6
Complicaciones médicas	1	0,5	61	9	0,1	9
Todas las causas externas	211	100	28,4	8782	100	41,7

Discusión

Al cotejar los resultados referentes a la estructura de las causas de muerte, llama la atención el hecho de que las causas externas, en Itabuna, a partir del año

El arma de fuego constituyó el instrumento más utilizado en los homicidios, en el período estudiado: 83% (1354/1634). Entre los hombres, ella fue usada en la proporción de 83,6% (1288/1540) de las agresiones; y en 70,2% (66/94) de las mujeres afectadas. El arma blanca victimó 24,5% (23/94) de las mujeres y 8,9% (137/1540) de los hombres. El uso de arma de fuego en los homicidios creció 13% desde el inicio de la década de 2000, pasando a ser responsable por 95% de las muertes en 2012.

Del total de muertes de intención indeterminada, esto es, sin especificación (suicidio, homicidio o accidente), 50,6% (78/154) fueron provocadas por armas de fuego. Entretanto, en ese grupo de muertes, ese instrumento tuvo una significativa disminución a lo largo del período estudiado: entre los años de 2000 a 2006, correspondía en promedio a 60%; pasando, entre 2007 a 2012, a corresponder a 7,3% de las muertes de intención indeterminada.

Se verificó que 3,7% (60/1634) de las muertes por homicidio ocurrieron en local ignorado. En los casos en que el local de ocurrencia fue identificado, se constató que 57,2 % (901/1574) de los homicidios ocurrieron en la vía pública; 20,5% (322/1574) en hospital; 11,9% (187/1574) en otro local y 10,4% (164/1574) en el domicilio. Los homicidios en la zona urbana correspondieron a 98,4% (1548/1574) y en la zona rural a 1,6% (26/1574). Acontecieron muertes por homicidio en todos los 59 barrios de la ciudad de Itabuna, siendo que 12 de ellos concentraron más de la mitad de los crímenes que ocurrieron en domicilios y vía pública: 52,6% (560/1065).

de 2005, alcanzaron la 2ª posición, alcanzando niveles compatibles con aquellos encontrados en las regiones más desarrolladas del país en las décadas de 1980 y 1990, cuando entonces los coeficientes comenzaron a disminuir⁽¹⁰⁾. Algunos estudios apuntan que en el año

de 2009, las causas externas representaron la tercera causa más frecuente de muerte en Brasil. Sin embargo, esa posición no se presentó uniformemente distribuida: las causas externas fueron la segunda más frecuente causa de muerte en las regiones Norte, Noreste y Centro-Oeste; la cuarta en la Región Sudeste; y, la tercera en la Región Sur.

Esos resultados, de cierta forma, pueden reflejar, por un lado, un inicio de mayor control de la violencia en las regiones que ya habían alcanzado niveles elevados de incidencia, como es el caso del Sureste, y, por otro lado, un indicativo de un proceso de su generalización para otras áreas. Los datos de este estudio coinciden con el estándar de distribución observado por otros autores en Brasil^(1,3) indicando que esos perjuicios no afectan a la población de manera uniforme; existen grupos poblacionales más vulnerables, lo que puede ser percibido por la distribución desigual de las muertes por causas externas, que constituyen la 1ª causa de muerte en las personas de 10 a 39 años, del sexo masculino. Esa distribución torna el problema más preocupante por el hecho de ser la población de adolescentes y jóvenes la mayor víctima de la violencia, poniendo en riesgo las ganancias obtenidas en la esperanza de vida brasileña en los últimos tiempos.

Los datos de mortalidad por homicidios de Itabuna, en los últimos años, encuentran paralelo, con datos de investigación realizada en el año de 1999 en Sao Paulo, la mayor metrópolis de Brasil con población estimada de 9.968.485 habitantes⁽¹¹⁾, lo que corrobora el proceso de interiorización de la violencia y coloca en evidencia que las deficiencias e insuficiencias del aparato Estatal y de la Seguridad Pública contribuyen para la atracción de la criminalidad.

El predominio de la mortalidad por homicidio entre los hombres jóvenes encontrado en ese estudio también fue observado en varias localidades del país. Algunos estudios^(1,12) relacionan la mayor mortalidad masculina a una mayor probabilidad de exposición a la violencia. En esa población el crecimiento de los números ocurrió en todos los intervalos de edad, entretanto los resultados de Itabuna apuntan para una diseminación de la violencia entre una población cada vez más joven: 647% entre los hombres de 15 a 19 años en el período de 2000 a 2012. Datos publicados por el Ministerio de la Salud para el año de 2010 apuntan el intervalo de 20 a 29 años como el de mayor riesgo de muerte por homicidio en Brasil. En un estudio sobre mortalidad por armas de fuego fue constatado, en el período de 1980-2010, un aumento de los homicidios de 502,8% en la

población total y de 591,5% entre los más jóvenes (15 a 29 años)⁽¹³⁾.

Algunos autores^(1,11) afirman que el homicidio de jóvenes se relaciona con la escasez de factores de protección y con áreas en donde existe una gran concentración de personas en ese intervalo de edad. La victimización de personas más jóvenes se articula con la criminalidad juvenil, el reclutamiento de jóvenes por el narcotráfico, el abandono de la escuela y el banditismo, todo eso intermediado por la incapacidad de los órganos públicos de asistencia social y del aparato jurídico y policial, dentro de un contexto de desagregación social, institucional y familiar.

Esas pérdidas precoces de vidas no perjudican solamente al individuo y al grupo que convive directamente con él, pero también a la colectividad como un todo, la que es privada de su potencial económico e intelectual. Los países considerados más desarrollados (Inglaterra, Canadá y Japón, por ejemplo), de un modo general tienen su estructura de muertes violentas compuesta principalmente por elementos no intencionales (accidentes de tránsito y caídas) exactamente al contrario de lo observado en Brasil de modo general y en especial en el Municipio de Itabuna; además, inclusive entre los elementos intencionales, son los suicidios que lideran esa mortalidad en esos países⁽³⁾.

Considerando el indicador de años potenciales de vida perdidos, la mortalidad por homicidios, en el año de 2012, se manifestó de forma preocupante al alcanzar principalmente a los adultos jóvenes: 45,3 APVP por muerte, ocurriendo, en promedio, en la edad de 24,7 años. Las pérdidas en productividad debido a muerte prematura o posibles secuelas provenientes de la violencia son considerables. Un estudio realizado en la ciudad de Salvador, entre 1998 y 2003, demuestra que el indicador correspondió a 42,4 APVP por homicidio, ocurriendo, en promedio, en la edad de 27,6 años⁽¹⁴⁾.

A pesar del volumen creciente de estudios que enfocan la incidencia de muertes por causas violentas en Brasil, todavía son escasos aquellos que traducen ese fenómeno en términos de estimativas de años de vida perdidos como consecuencia de esas muertes. Sin embargo, se trata de una información importante para sensibilizar a los formuladores de políticas públicas sobre la necesidad de dirigir acciones objetivando la reducción de las muertes por homicidios.

En Itabuna, se observó que el coeficiente masculino/femenino entre los adolescentes y adultos jóvenes (56/01) es mayor que la encontrada para el país en 2009, la que fue de 13/01⁽³⁾. El arma de fuego

constituyó el instrumento más utilizado en los eventos violentos ocurridos en el municipio, en los dos sexos, hecho observado también por diversos autores^(4,3). Un estudio reciente demostró que Alagoas, Bahía, Ceará, Pará y Paraíba fueron los estados que presentaron las mayores tasas de homicidio por arma de fuego en el año de 2010⁽¹³⁾

El crecimiento de 13% del número de homicidios por armas de fuego es ligeramente superior al crecimiento global de Brasil que fue de 11,2% en la década 2000-2010⁽¹³⁾. Esos datos contrastan con aquellos divulgados por el Instituto de Investigación Económica Aplicada⁽¹⁴⁾, en los cuales hubo una disminución de 12,6% en la tasa de homicidios del país desde el año de 2003 con la creación del Estatuto del Desarmamiento (Ley 10.826/03 que autoriza el porte de armas por guardas municipales, bomberos, coleccionadores y seguridad privada y lo prohíbe a los civiles).

A pesar de que la referida Ley está en vigor desde el año de 2004, se estima que en Brasil, actualmente, existe un vasto arsenal de armas de fuego en manos de la población: 15,2 millones, siendo 6,8 registradas y 8,5 no registradas. Entre ellas 3,8 millones se encuentran en manos criminales⁽¹⁵⁾. Este asunto de la larga utilización y facilidad de adquisición de armas de fuego inquieta a toda la sociedad. Los noticiarios de las redes de comunicación informan sobre armamentos pesados utilizados por la red de criminales, asustando a los ciudadanos que asisten esos programas.

La ocurrencia de aproximadamente 80% de los homicidios en el local en donde la víctima fue agredida (vía pública, domicilio y otros locales públicos como bares, penitenciaria, depósitos de basura) puede indicar la intencionalidad de la agresión, no permitiendo a la víctima la posibilidad de sobrevivir. Se destaca que el incremento verificado del uso de arma de fuego contribuye para el aumento de la "eficiencia" de la práctica de la violencia.

En cuanto a la característica geográfica, vale destacar que los eventos violentos siguieron la distribución poblacional del municipio, con mayor concentración en el área urbana. Las aglomeraciones urbanas son referidas por algunos autores como factor que predispone o facilita la ocurrencia de ese fenómeno^(1,16). Los 12 barrios en donde se verificaron los mayores valores de ocurrencia de actos violentos se encuentran en el área periférica de la ciudad, localidades generalmente menos servidas por servicios sociales. Las altas tasas de homicidio, principalmente de la población joven de baja renta, están relacionadas con el

proceso de urbanización no planificado, desigualdades socioeconómicas y pobreza⁽¹⁷⁾.

Es posible que la elevada ocurrencia de homicidios en Itabuna hubiese sido propiciada por la crisis del sector del cacao que generó intenso flujo migratorio, de los trabajadores rurales y sus familias, de las plantaciones de cacao de la región para la ciudad de Itabuna, principalmente para la periferia del área urbana. Ese fenómeno contribuyó para una urbanización no planificada, con aumento poblacional desordenado y una oferta de bienes y servicios colectivos inadecuada a ese crecimiento. Algunos autores^(5,16) apuntan los expresivos impactos de la crisis del cultivo del cacao en la generación de renta, en el sector comercial, en el desempleo y en un consecuente proceso de migración. La crisis eminentemente rural tuvo influencias directas en la zona urbana. El crecimiento poblacional y urbano en convergencia con la crisis económica ocasionó elevado desempleo y proliferación de pobreza, marginalidad y criminalidad en la ciudad^(5,18).

Conclusión

El aumento de la criminalidad violenta en localidades del interior, como en Itabuna, permitió que las imágenes y descripciones de la violencia urbana invadiesen lo cotidiano de las personas en sus casas, escuelas, locales de trabajo y en ambientes de recreación. Se perdió el sentido de convivencia entre vecinos que caracterizaba a los territorios de residencia y que siempre fue uno de los puntos fuertes de la sociabilidad en el interior; la autonomía, la libertad y la espontaneidad que caracterizaban el reconocimiento mutuo, el sentimiento de proximidad, fueron profundamente perjudicados.

El combate a ese flagelo omnipresente que destroza el tejido social y amenaza la vida, la salud y la felicidad de todos, requiere medidas multifocales e intersectoriales, exige acciones en las que participe el individuo, la familia, los grupos sociales, el poder público y el sector privado, en fin, todos los componentes de la sociedad. Entretanto, es necesario que el abordaje de la violencia dirija su atención para la prevención primaria. Más de que simplemente cuidar de las consecuencias de los actos violentos, es necesario instituir una vigilancia epidemiológica de la violencia que permita observar sus estándares, los factores de riesgo y las causas, posibilitando la planificación, implementación y evaluación de intervenciones efectivas.

Referencias

1. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: o efeito, os progressos realizados e os desafios à frente. *Lancet*. 2011;377:1962-75
2. Oliveira WF. Violência e saúde coletiva: contribuições teóricas das ciências sociais à discussão sobre o desvio. *Saúde Soc*. 2008;17(3):42-53.
3. Ministério da Saúde (BR). Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010. 249 p. [acesso 5 set 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf
4. Ministério da Justiça (BR). Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência IVJ-Violência. [internet]. Brasília (DF): Ministério da Justiça; 2010. 31 p. [acesso 5 set 2013]. Disponível em: [http://downloads/relatorio_pjpv_2009.pdf](http://downloads.relatorio_pjpv_2009.pdf)
5. Andrade MP, Rocha LB. De tabocas a Itabuna – um estudo histórico-geográfico. Ihéus (BA): Editus; 2005. 161 p.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. 2012. [acesso 30 abr 2013]. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_estatisticas.htm
7. Costa AJL, Kale PL, Vermelho L. Indicadores de Saúde. In: Medronho, RA. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2009. p. 31-82.
8. Romeder JM, McWhinnie JR. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de mortalité prématurée. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 1978;26(1):97-115.
9. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID 10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª rev. São Paulo (SP): Edusp; 2000. 1200 p.
10. Peres MFT, Feliciano JA, Vicentin D, Ruotti C, Batista MN, Cerda M, et al. Evolução dos homicídios e indicadores de segurança pública no Município de São Paulo entre 1996 a 2008: um estudo ecológico de séries temporais. *Ci Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3249-57.
11. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo nos últimos 40 anos. *Rev Bras Epidemiol*. 2000;3(1-3):50-69.
12. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil. Contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ci Saúde Coletiva*. 2005;10(1):59-70.
13. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2013: mortes matadas por armas de fogo. [Internet]. São Paulo (SP): Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos; 2013. 55p. [acesso 29 jul 2013] Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf
14. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de Raça / cor da Pele em anos potenciais de Vida Perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):405-12.
15. Dreyfus P, Nascimento, MS. Posse de armas de fogo no Brasil: mapeamento das armas e seus proprietários. In: Fernandes R, ed. *Brasil: as armas e as vítimas*. Rio de Janeiro: 7 Letras/Viva Rio/ISER, 2005. p. 125-96.
16. Lima MLC, Ximenes RAA, Souza ER, Luna CF, Albuquerque MFPM. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):176-82.
17. Viana LAC, Costa MCN, Paim JS, Vieira SLM. As desigualdades sociais e o aumento no número de mortes violentas em Salvador, Bahia, Brasil: 2000-2006. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(Suppl 2):S298-S308.
18. Trevizan SDP, Marques M. Impacto Socioeconômico da Crise do Cacau: um estudo de comunidade-caso. *Agrotrópica*. 2003;14(3):81-92.

Recibido: 28.11.2013

Aceptado: 26.8.2014