

Vítimas da Violência em Campo Grande: um retrato de seis anos revelado pelos dados oficiais

Victims of Violence in the City of Campo Grande: a six-year-picture revealed by official data

Sonia Maria Oliveira de Andrade

Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Caixa Postal 549, CEP 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: anart.msi@terra.com.br

Elenir Rose Jardim Cury Pontes

Doutora em Saúde Pública. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Caixa Postal 549, CEP 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: elenirpontes@uol.com.br

Maria de Lourdes Jeffery Contini

Doutora em Educação. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Curso de Psicologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Caixa Postal 549, CEP 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: contini@terra.com.br

Ana Maria Gomes

Doutora em Ciências Sociais. Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Endereço: Federal de Mato Grosso do Sul. Caixa Postal 549, CEP 79070-900, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: anart.msi@terra.com.br

Maria Cristina Abrão Nachif

Doutora em Ciências da Saúde. Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande.

Endereço: Secretária Municipal de Saúde, Rua 13 de Maio, Centro, CEP 79000-100, Campo Grande, MS, Brasil.

E-mail: cristinanachif@turbo.com

Resumo

O crescimento da violência no Brasil tem feito um número cada vez mais significativo de vítimas, incluindo as fatais, o que tem preocupado autoridades e profissionais, notadamente os da saúde. A busca de diagnóstico para a questão e de entendimento de seus fatores de risco em grupos específicos tem sido uma constante para pesquisadores em anos recentes. Em Campo Grande, a inexistência de informações com atribuição de significado provocou a realização de uma pesquisa para traçar o desenho da evolução da mortalidade por violência, considerando o período de 2002 a 2005. Foram utilizados dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade, a partir da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, utilizando categorias do CID-10 referentes a agressão, excluindo-se a agressão autodirigida. Os resultados mostraram a magnitude do problema em Campo Grande, visto que afeta todos os grupos etários, com maior impacto na população masculina jovem. A agressão por arma de fogo, por objeto contundente e por objeto cortante e o uso da força corporal destacam-se. Torna-se urgente a identificação dos fatores desencadeantes desse tipo de violência, considerando-se os diferentes grupos, para que se possa agir preventivamente e de forma eficaz.

Palavras-chave: Violência; Mortalidade por agressão; Violência intrafamiliar.

Abstract

The growth of violence in Brazil has been producing an increasingly significant number of victims, including fatal victims. This has worried authorities and professionals, mainly those in the health area. In recent years, researchers have been searching for the diagnosis of the question and for the understanding of its risk factors in specific groups. In the city of Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, the inexistence of information led to the conduction of a research study that aimed to outline the evolution of mortality caused by violent actions, in the period 2000-2005. We utilized data from the "Sistema de Informação de Mortalidade" (Mortality Information System), which were made available by the Health Department of the State of Mato Grosso do Sul, using ICD-10 categories referring to assault, excluding intentional self-harm. The results show the magnitude of the problem in Campo Grande, since it affects all age groups, with greater impact on the young male population. Assault by handgun discharge, by sharp object and by blunt object and assault by bodily force are the most frequent. The identification of the factors that trigger this type of violence is urgent, considering the different groups, so that it is possible to act in a preventive and efficient way.

Keywords: Violence; Mortality Caused By Assault; Intrafamily Violence.

Introdução

A violência sempre fez parte da experiência humana e seus efeitos podem ser vistos, sob diversas formas, em todas as partes do mundo. De acordo com Krueg e colaboradores (2003), a cada ano mais de um milhão e seiscentas mil pessoas perdem a vida e muitas outras sofrem lesões não-fatais como resultado da violência autoinflingida, interpessoal ou coletiva.

O impacto da violência no campo da saúde pública torna-se evidente e progressiva, tanto no plano nacional quanto no internacional (Schraiber e col., 2006).

Nas décadas recentes, o Brasil alcançou avanços indiscutíveis na situação de saúde, expressas na mudança do perfil epidemiológico. Caiu a mortalidade infantil e houve importantes reduções na taxa de mortalidade proporcional das doenças infecciosas. Ocorreu um aumento nas doenças não-transmissíveis e a mortalidade por causas externas, a partir da década de 1980, passou a ocupar o segundo lugar no quadro geral de mortalidade (Gawryszewski e col., 2003; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006).

Esse fenômeno conflitivo, gerador de agravos à saúde e de morte, se expressa pela denominada "superposição epidemiológica", visto que novos e antigos problemas ocorrem simultaneamente.

A mortalidade por causas externas é um indicador da violência, sendo esta definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002, p. 5) como "o uso da força física ou do poder real ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação". A definição vincula a intenção e a efetivação do ato, independentemente das consequências que ele produza. Vale ressaltar que o uso do poder, nesse contexto, inclui o descuido ou os atos por omissão, além dos atos de violência por ação. O uso intencional da força ou poder físico inclui o descuido e todos os tipos de maltrato físico.

A prática da violência, hoje, com intensidades distintas, invade o cotidiano e reorienta atitudes e comportamentos.

Assim, é fundamental que sejam buscados dados e informações que permitam descrever a magnitude e as repercussões da violência. Visto que em Campo Grande não existem sistematizações dessas informa-

ções, a pesquisa que originou este artigo teve por objetivo caracterizar a evolução da violência e sua expressão na mortalidade. A relevância do estudo se dá, notadamente, na geração de subsídios para que autoridades, trabalhadores e profissionais possam implementar mudanças de processos e fatores que conduzam e que sucedem a violência, numa articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias.

Neste trabalho foram consideradas as violências interpessoais, ou seja, aquelas que se dão no âmbito intrafamiliar e no comunitário (OMS, 2002).

Material e Métodos

Desenho do estudo

A área estudada foi a da região metropolitana de Campo Grande, com uma população estimada de 730 mil habitantes (IBGE, 2007b). Foram utilizados dados secundários referentes à mortalidade por violência na capital, no período de 2000 a 2005.

Fonte de dados e indicadores e variáveis

A série histórica analisada constituiu-se de dados oficiais fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul e refere-se à totalidade de óbitos captados pelo Sistema de Informação de Mortalidade. Foram selecionados os óbitos classificados com os seguintes códigos no CID-10: W03 - queda do mesmo nível por colisão ou empurrão por outra pessoa; W32 a W34 - projétil de arma de fogo; W50 - golpe, pancada, pontapé, mordedura ou escoriação infringida por outra pessoa; X85 a X99 - agressões por substâncias e produtos; agressões por uso da força física para enforcar, estrangular, sufocar, afobar e submergir; agressão por meio de disparo de armas de fogo; agressão por meio de fumaça, fogo, chamas, vapor de água, gases ou objetos quentes, cortantes ou penetrantes; Y00 a 09 - agressão por meio de objeto contundente, projeção de um lugar elevado ou projeção da vítima diante de um objeto em movimento, impacto de um veículo a motor, agressão por força física; negligência, abandono e maus-tratos; Y88 e Y89 - sequelas de cuidado médico ou cirúrgico considerado como causa externa e sequela de outras causas externas.

As mortes foram analisadas segundo sexo, idade e tipo de causa.

Os dados referentes às características sociodemográficas e circunstâncias envolvendo a mortalidade por armas de fogo foram obtidos de processos criminais instaurados mediante denúncia do Ministério Público do Estado de Mato Grosso do Sul, que tramitavam na Segunda Vara do Tribunal do Júri da Comarca de Campo Grande.

Medidas

Foram utilizadas as seguintes medidas: taxa de incidência anual, coeficiente de mortalidade por violência e anos potenciais de vida perdidos (APVP). Para o cálculo das medidas foi utilizado o censo de 2000 e para o período de 2001 a 2005 foram utilizadas estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE (IBGE, 2007b). Para o cálculo do indicador APVP foi considerada a expectativa de vida ao nascer de 70 anos, atualmente em vigor.

Resultados e Discussão

Para a apresentação dos resultados da pesquisa os dados foram agrupados considerando-se a frequência de sua ocorrência e a similaridade das características da violência em agressão por disparo de arma de fogo, força corporal ou física, objeto contundente ou cortante, negligência ou maus-tratos, produtos químicos ou substâncias nocivas, impacto de veículo a motor; sequelas de cuidado médico ou cirúrgico ou outras causas externas e outros meios.

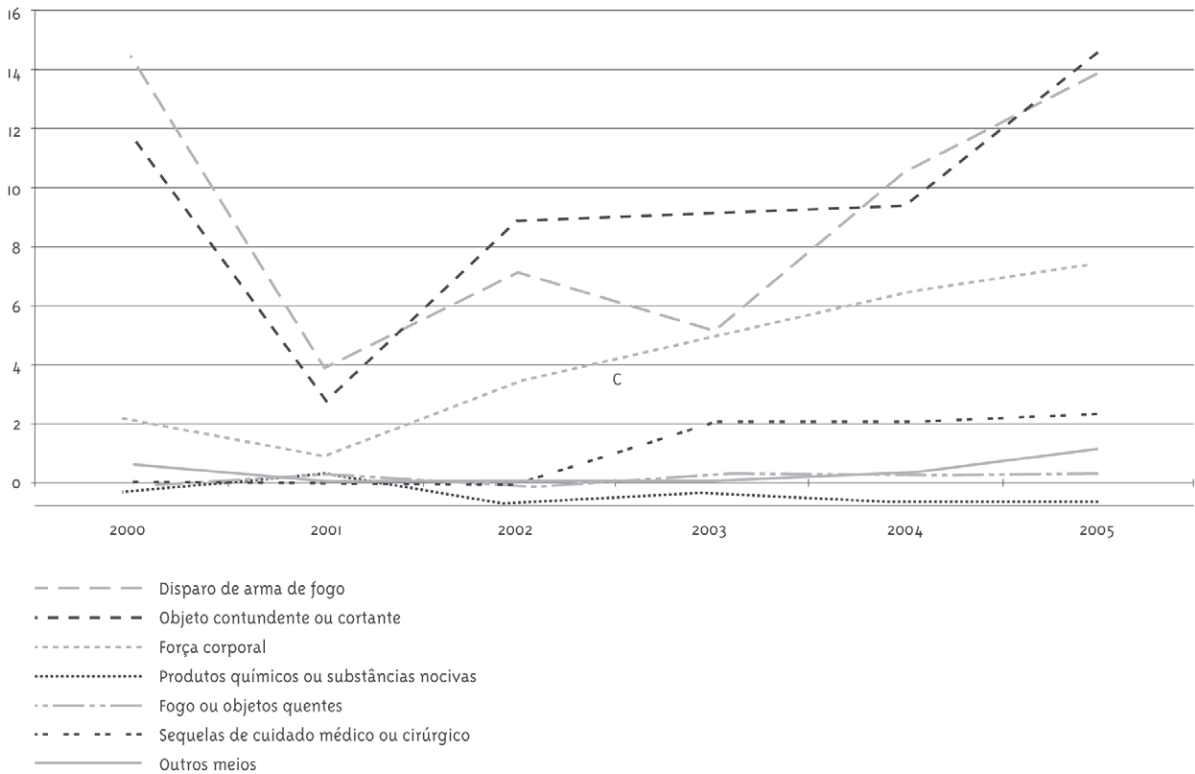
A tendência evolutiva da mortalidade por violência e seus tipos: um destaque para os homicídios com arma de fogo

A mortalidade por violência em Campo Grande, considerando todos os tipos, apresenta-se majoritariamente relacionada à agressão por disparo de arma de fogo e por objeto contundente ou cortante, seguindo-se do uso da força corporal.

Evidencia-se na análise da figura 1, que todas as causas de violência evoluíram positivamente a partir de 2002 e 2003, sendo possível, nessa análise temporal, verificar uma modificação na taxa ao longo dos anos estudados. Ressalta-se o aumento das mortes por arma de fogo.

Estudo realizado por Carvalho e colaboradores (2005), na Bahia, apresentou resultados similares, visto

Figura 1 - Taxa de incidência anual (por 100 mil) de casos de violência, segundo causas de agressão, Campo Grande, 2000-2005



que mostrou uma tendência de crescimento de mortes decorrentes de agressão por arma de fogo. Há vários estudos anteriores que confirmam essa tendência (Phebo e Moura, 2005; Minayo, 2005; Cerqueira e Paes, 2000; Macedo e col., 2001; Reichenheim e Werneck, 1994), sendo apontada associação entre esse quadro e a crescente disponibilidade de arma de fogo e, conseqüentemente, seu uso indiscriminado. Observa-se que, mesmo com a restrição da circulação de armas, a morte decorrente de agressão por arma de fogo não decresceu.

Dados apresentados na imprensa, em 2006, atribuídos ao Ministério da Saúde, mostraram uma queda na mortalidade por arma de fogo, o que, de modo empírico, foi atribuído ao desarmamento decorrente de campanha deflagrada e mantida em nível nacional.

Mato Grosso do Sul apresentou índices de desarmamento similares à média nacional e, considerando-se que um terço da população do estado concentra-se em Campo Grande, era de se esperar um declínio nos indicadores de mortalidade por arma de fogo. Mesmo

considerando, ao final da pesquisa, os dados de mortalidade de 2005 parciais, a tendência é crescente.

Cabe destacar que, em Campo Grande, as vítimas e os autores dos homicídios possuem baixo nível de escolaridade, quase 63% encontram-se na categoria “fora da população economicamente ativa” e 54% das vítimas e 63% dos agentes de homicídios são negros ou pardos.

Apesar de se confirmar a mesma realidade encontrada em estudos realizados em outras metrópoles do país, chama atenção o fato de que, segundo o Censo demográfico (IBGE, 2007a), apenas de 10% a 25% da população é parda ou negra e 60% dos habitantes possuem acima de 5 (cinco) anos de escolaridade. Dos envolvidos em violência por arma de fogo, 20% são desempregados e outros 20% encontram-se desenvolvendo atividades ocupacionais que envolvem tarefas braçais e auxiliares no mercado da construção civil.

Apesar das dificuldades de análise dos dados por posições em classes sociais, é notório que a violência por arma de fogo está intimamente relacionada a gru-

pos que se distinguem por sua inserção em posição inferior na pirâmide social.

Confirmando os dados anteriores, é importante destacar que 80% dos eventos ocorreram em regiões periféricas, densamente povoadas, que concentram conjuntos habitacionais “populares”, onde residem grandes contingentes de desempregados e trabalhadores com precária inserção no mercado de trabalho.

Assim, tanto vítimas quanto autores desse tipo de violência, em sua grande maioria, são jovens meninos, de baixa escolaridade e baixa renda familiar, excluídos do processo produtivo.

A motivação para o crime é outro aspecto que merece destaque, visto que as agressões que causara a morte se deram por motivos fúteis, banais, numa clara indicação da banalização da violência e da desvalorização da vida. Foram alegados como razões para a ocorrência dos homicídios: querer dinheiro emprestado, não pagar a conta no bar ou da compra de drogas, ter sido vítima de roubo (real ou presumido) de pequenos objetos, relacionamento amoroso com história de briga, ciúme ou traição e discussões em atividades de lazer ou jogos.

Soma-se a isso o fato de que em 58% dos casos, os depoimentos do réu e das testemunhas fazem referência clara e direta ao uso de bebida alcoólica pelo autor, vítima ou ambos, na ocasião do homicídio. Esse percentual é quase duas vezes superior ao encontrado

por Gawryszewski e colaboradores (2005), apontando a magnitude do problema no município de Campo Grande. Há indícios de que o uso abusivo de álcool guarda relações com as agressões que provocam mortes violentas, evidenciando-se como mais uma questão que merece atenção dos técnicos e gestores da saúde pública e de governantes.

O sexo das vítimas

A mortalidade por causas externas, segundo Mello Jorge e colaboradores (1997), apresenta comportamento diferente quando se analisa o evento segundo sexo, idade das vítimas, tipo de acidente ou violência. No mesmo estudo, considerando-se a mortalidade em homens e mulheres, observa-se uma sobremortalidade masculina bastante acentuada. Estudos realizados anteriormente que abordaram a morbidade e a mortalidade por causas externas, incluindo a violência intrafamiliar e comunitária (Yunes, 1993; Minayo e Souza, 1993; Gawryszewski, 1995) bem como outros desenvolvidos posteriormente (Marco, 2005; Souza, 2005; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006; Souza e Lima, 2006), confirmam a desigualdade na relação masculino/feminino.

A tabela 1 apresenta o coeficiente de mortalidade anual por violência e sua distribuição segundo causa de agressão e sexo.

Tabela 1 - Coeficiente de mortalidade anual por violência (por 100 mil), segundo causas da agressão e sexo masculino (M) e feminino (F), Campo Grande, 2000-2005

Agressão por	2000		2001		2002		2003		2004		2005	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
disparo de arma de fogo	123,6	11,4	107,2	10,0	114,3	9,6	113,3	9,4	102,6	6,2	92,2	5,2
força corporal ou física	2,2	1,2	4,5	0,6	5,6	1,7	4,7	1,4	6,6	1,1	2,2	2,1
objeto contundente ou cortante	2,2	0,3	2,7	-	2,1	0,3	2,3	0,3	5,7	0,5	1,4	0,3
negligência ou maus-tratos	2,2	-	0,9	-	3,3	0,3	3,8	0,6	5,4	0,5	3,6	0,5
produtos químicos ou substâncias nocivas	-	-	-	-	-	0,3	0,3	-	-	-	-	-
impacto de veículo a motor	-	-	0,3	0,3	0,3	-	-	-	-	-	-	-
sequelas de cuidado médico ou cirúrgico ou outras causas externas	-	-	0,3	-	0,6	-	0,6	0,6	0,3	-	0,3	-
outros meios	6,8	1,2	8,5	0,6	6,8	1,1	8,7	1,2	7,7	0,8	7,1	1,1
Total	137,0	14,1	124,4	11,5	133,0	13,3	133,7	13,5	128,3	9,1	106,8	9,2

As três principais causas de agressão que levaram a óbito foram: disparo por armas de fogo, força corporal ou física e por objeto contundente ou cortante. A situação de Campo Grande não se diferencia da encontrada por Greig (2001), que fez análise correlacionando homens, gênero e violência, Mello Jorge e colaboradores (1997) e Souza (2005), que estudaram a mortalidade no Brasil como um todo e as capitais das unidades da Federação e o Distrito Federal e por Shraiber e colaboradores (2006), quando recuperaram dados científicos recentes relacionados à violência.

Cerqueira e Paes (2000), analisando o crescimento das taxas de mortalidade por homicídios para ambos os sexos já destacava o crescimento de Campo Grande, juntamente com Salvador, Porto Alegre, São Paulo e Boa Vista, para homens e as mesmas capitais, exceto Boa Vista, para mulheres. Ao ser analisada a distribuição por sexo, os homens não são apenas réus, mas vítimas da violência. Esse panorama, analisado de forma geral, não difere dos quadros encontrados em outros estudos, todos destacando que o risco a que os homens estão submetidos é superior aos que são submetidas as mulheres.

Mello Jorge e colaboradores (1997) mostraram que a incidência para o sexo masculino é, aproximadamente,

4,5 vezes maior que o valor para as mortes de mulheres. Phebo e Moura (2005) apontaram uma relação de 10 para 1, enquanto Schraiber e colaboradores (2006) constataram que nos homicídios ocorreram cerca de 12 mortes masculinas para cada uma morte feminina; a relação homem mulher apontada em estudo de Souza (2005) é de quase 12 óbitos masculinos para cada morte feminina por homicídio. Segundo esse último trabalho, dentre as capitais do país, Macapá ocupa o primeiro lugar no *ranking* de óbitos por homicídio, quando se considera a relação masculino/feminino, visto que são 10,3 por 1, seguindo-se João Pessoa, que apresenta relação de 9 por 1, e Recife, Vitória, São Paulo e Cuiabá, com taxas óbitos masculinos cerca de sete vezes mais altas que os femininos.

Lamentavelmente, Campo Grande assume a vice-liderança nessa estatística, visto que as mulheres apresentam coeficiente de mortalidade cerca de 10 vezes menor que os homens.

A idade das vítimas

A construção do coeficiente de mortalidade por violência (por cem mil), considerando-se as causas da agressão e a faixa etária, permitiu identificar que, de modo geral, os jovens (do sexo masculino) são mais atingidos.

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade por violência (por 100 mil), segundo causas da agressão, faixa etária e sexo masculino (M) e feminino (F), Campo Grande, 2000-2005

Agressão por	0 a 10anos		11 a 20 anos		21 a 40 anos		41 a 60 anos		61 anos e mais	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
disparo de arma de fogo	3,3	0,5	114,1	11,2	179,6	13,5	92,8	6,6	50,3	4,8
força corporal ou física	1,0	0,5	2,8	2,6	5,6	1,2	4,7	0,7	9,3	1,8
objeto contundente ou cortante	-	0,3	0,9	-	4,2	0,4	1,0	0,5	5,0	0,6
negligência ou maus-tratos	0,5	-	2,6	-	2,9	0,4	4,4	0,5	8,6	1,2
produtos químicos ou substâncias nocivas	-	0,3	-	-	-	-	0,3	-	-	-
impacto de veículo a motor	-	-	-	-	0,1	-	-	0,2	-	-
sequelas de cuidado médico ou cirúrgico ou outras causas externas	-	-	-	-	0,1	-	0,5	0,2	2,2	0,6
outros meios	0,5	0,8	2,1	0,5	10,6	1,0	13,1	0,9	11,5	2,4
Total	5,3	2,4	122,5	14,3	203,1	16,5	116,8	9,6	86,9	11,4

Nota: Para o cálculo do coeficiente foi realizado o somatório dos óbitos e da população para cada faixa etária, no período de 2000 a 2005.

No grupo etário de 21 a 40 anos, a mortalidade por agressão por disparo de arma de fogo apresenta os maiores coeficientes: 179,6 para os homens e 13,5 para as mulheres, seguindo-se a faixa etária de 11 a 20 anos, com 114,1 para o sexo masculino e 11,2 para o sexo feminino.

Dos 11 aos 20 anos, os homens morrem 10 vezes mais que as mulheres, e dos 21 aos 40, o coeficiente é 13 vezes maior que o das mulheres.

No sexo feminino, não se percebe um padrão tão nítido quanto no masculino e os coeficientes são bem mais baixos que os encontrados nos homens, fenômeno observado já em 1993, em estudo realizado por Souza, no Rio de Janeiro. Observa-se que a faixa etária mais acometida é composta de jovens.

Cabe um destaque para a população de crianças e adolescentes, em que o salto do coeficiente de mortalidade por violência chama atenção, diferenciando-se de qualquer outro patamar de evolução em grupos etários.

Estudos anteriormente realizados (Minayo e Souza, 1993; Souza, 1994; Mello Jorge e col., 1997; Lima e Ximenes, 1998; Phebo e Moura, 2005; Schraiber e col., 2006) mostram que a partir da 15ª década de vida os óbitos sobem de forma abrupta.

No caso de Campo Grande, a partir dos 16 anos, no ano de 2000, comparando-se com o grupo etário imediatamente anterior, a diferença foi de cerca de 228,7 óbitos por 100.000 habitantes, e o maior valor observado corresponde ao ano de 2000, seguindo-se o ano de 2003. Destaca-se que a evidência mais preocupante é que esse quadro se desenha com a marca da violência considerando a agressão por arma de fogo, indicando que é precoce a exposição a situações de risco por parte dos jovens. Souza e Mello Jorge (2004) destacam o uso de armas de fogo como potencializadores da violência. Considerando-se que adolescentes se reúnem em grupos de iguais, o quadro sugere que esse grupo está tendo acesso a instrumentos letais e sua responsabilidade civil ainda não é considerada pela legislação brasileira.

Quando se analisa a população com idade superior a 61 anos, a maior frequência de óbitos ocorre por disparo de arma de fogo, mostrando que a violência atinge homens adultos indistintamente. O que se destaca, de forma ainda mais preocupante, é que a mortalidade por negligência e maus-tratos se evidencia nesse gru-

po etário. Como apontado por Minayo e Souza (2005), os idosos são particularmente vulneráveis por apresentarem múltiplas dependências e incapacidades.

A esse respeito Espindola e Blay (2007) afirmam que a violência contra o idoso compromete sua qualidade de vida acarretando somatizações, transtornos psíquicos e morte prematura.

Quando se considera o grupo etário acima dos 60 anos, de acordo com Melo e colaboradores (2006), a maioria dos casos de violência refere-se à negligência ou é perpetrada por membro da família. Devido à importância do vínculo familiar, é por isso que muitas vezes os idosos preferem conviver com maus-tratos a abrir mão de um relacionamento familiar em suas vidas. Essa afirmação é endossada por Laks e colaboradores (2006).

Essa é uma questão que deve ser considerada por técnicos, gestores e profissionais do campo da saúde coletiva, visto que duas constatações se impõem: o aumento da expectativa de vida, mudando o perfil etário da população e a progressiva perda da capacidade dos idosos em relação ao autocuidado.

A exemplo do observado por Lima e Ximenes (1998) e Schraiber e colaboradores (2006), os agrupamentos etários, nesta pesquisa, também privilegiou as populações masculinas, especialmente as mais jovens.

Anos potenciais de vida perdidos

A violência tornou-se um indicador negativo da qualidade de vida (Minayo, 2005) e no Brasil passou a ser significativa, também, pelo impacto social que provoca, incluindo o campo da saúde. Assim, configura-se como fenômeno simultaneamente individual e coletivo.

Uma das formas de analisar o impacto das mortes se dá pelo uso do indicador anos potenciais de vida perdidos (APVP) que, segundo Reichenheim e Werneck (1994), por ser um indicador de mortalidade prematura, permite que seja atribuído um valor para as perdas sociais decorrentes dos óbitos por violência.

O perfil de APVP difere, quando são considerados os anos de 2000 a 2005, sendo possível perceber uma tendência decrescente. Essa consideração ainda não permite uma perspectiva otimista, visto que apesar de estar diminuindo a quantidade de anos perdidos, de uma maneira geral, a razão entre o sexo masculino e feminino demonstrou que a mortalidade para o sexo masculino vem aumentando.

Tabela 3 - Anos potenciais de vida perdidos (APVP), razão masculino/feminino e limites de confiança da razão, Campo Grande, 2000-2005

Ano	APVP por 100.000 habitantes		Razão masculino/feminino	Limites de confiança	
	masculino	feminino		inferior	superior
2000	5270	585	9,0	8,2	9,8
2001	4559	457	10,0	9,0	11,0
2002	4892	471	10,4	9,4	11,4
2003	5070	497	10,2	9,3	11,1
2004	4762	364	13,1	11,7	14,5
2005	4156	326	12,8	11,4	14,2

Nota: foram excluídos os óbitos com idade ignorada: 49 do sexo masculino e 2 do sexo feminino. Diferença estatisticamente significativa (2000<2004; 2000<2005; 2001<2004; 2001<2005; 2002<2004; 2003<2004; 2003<2005).

Em Campo Grande, como no Brasil (Peres, 2002) e em outras cidades, como São Paulo (Marco, 2005), por incidirem particularmente nos grupos de adolescentes e jovens do sexo masculino, como destaca Minayo (2005), a violência é hoje responsável pelo maior número de anos potenciais de vida perdidos, quando se analisa o quando geral de óbitos.

Segundo Reichenheim e Werneck (1994), a morte ocorrida na etapa de vida de alta energia criativa e produtiva não só penaliza o próprio indivíduo e o grupo que lhe é próximo, como também priva toda a coletividade de seu potencial econômico e social.

Considerações Finais

Perdas individuais e repercussões familiares, prejuízos econômicos e sociais evidenciam-se pelos anos potenciais de vida perdidos e pelos gastos em saúde despendidos no intervalo entre o evento e a finalização da vida.

Por se tratar de fenômeno social com impacto marcado na saúde, cabem estudos mais pormenorizados em Campo Grande, para que sejam considerados os grupos específicos em sua correlação direta com os tipos de violência e as condições em que o evento ocorre, para que sejam possíveis intervenções pautadas nas particularidades dos diferentes grupos. Torna-se urgente a realização de pesquisas que identifiquem os fatores de risco potenciais para os diferentes grupos, propiciadoras de subsídios que delineiem medidas preventivas eficazes.

Considerando o perfil das vítimas, a iniciativa de implementação de políticas de inclusão de minorias

sociais poderia ser o primeiro passo para a mudança da realidade de Campo Grande, visto que são, por si mesmas, políticas de combate à violência em todos os seus níveis.

Referências

- CARVALHO, R. C. de et al. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 29, n. 1, p. 80-90, jan./jun. 2005.
- CERQUEIRA, C. A.; PAES, N. A. Investigação sobre a mortalidade por causas violentas e suas associações com indicadores socioeconômicos em capitais brasileiras. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12., 2000, Caxambu. In: *Anais...* Campinas: ABEP, 2000. p. 1-17.
- ESPINDOLA, R. C.; BLAY, S. L. Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 301-306, 2007.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. *A mortalidade por causas externas no município de São Paulo, 1991*. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, jul./ago. 2003.

- GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M. H. P. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 627-633, 2005.
- GREIG, A. *Political connections: men, gender and violence*. Santo Domingo: UN-INSTRAW, 2001. Disponível em: <<http://www.uninstraw.org/mensroles>>. Acesso em: 9 maio 2007.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico, 2000*: mapas temáticos. Disponível em: <ftp://geoftp.ibge.gov.br/mapas/tematicos/mapas_murais/brasil_pretos_pardos.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2007a.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em julho de 2007*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/default.shtm>>. Acesso em: 11 fev. 2007b.
- KRUEG, E. G. et al (Ed.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OPAS, 2003. (Publicación Científica y Técnica, 588).
- LAKS, J.; WERNER, J.; MIRANDA-SÁ JUNIOR, L. S. Psiquiatria forense e direitos humanos nos pólos da vida: crianças, adolescentes e idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, p. 80-85, 2006. Suplemento 1.
- LIMA, M. L. C. de; XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 829-840, out./dez, 1998.
- MACEDO, A. C. et al. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 515-522, 2001.
- MARCO, G. L. de. *Análise da transição epidemiológica por causas de morte em Santa Catarina, 1996 e 2002*. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.
- MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, p. 5-25, 1997. Suplemento 4.
- MELO, V. L.; CUNHA, J. O. C.; FALBO NETO, G. H. Maus tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 6, p. 543-548, maio 2006. Suplemento 1.
- MINAYO, M. C. S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 55-63, jan./fev. 2005.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, jan./mar. 1993.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF, 2005. p. 141-170.
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.
- PERES, M. F. T. Prevenção e controle: oposição ou complementaridade para a redução da violência. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 54-55, jun./set. 2002.
- PHEBO, L.; MOURA, A. T. M. S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 189-196, 2005. Suplemento.
- REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990: as mortes violentas em questão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 188-198, 1994. Suplemento 1.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Grupo Técnico de Prevenção de Acidentes e Violências. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Coordenadoria de Controle de Doenças. Impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 553-556, 2006.
- SCHAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 112-120, 2006. Número especial.

SOUZA, E. R. Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 48-64, jan./mar. 1993.

SOUZA, E. R. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 45-60, 1994. Suplemento 1.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-67, jan./mar. 2005.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 363-373, 2006.

SOUZA, E. R.; MELLO JORGE, M. H. P. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: a magnitude da mortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 23-28.

YUNES, J. Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín da Oficina Sanitária Panamericana*, Washington, DC, v. 114, p. 303-315, 1993.

Recebido em: 18/07/2007

Reapresentado em: 31/10/2007

Aprovado em: 03/11/2007