



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Guêdijany Henrique Pereira

**Mortalidade por Homicídios no Município de Campina
Grande, Paraíba**

CAMPINA GRANDE - PB
2013

Mortalidade por Homicídios no Município de Campina Grande, Paraíba

Guêdijany Henrique Pereira

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de concentração Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

**CAMPINA GRANDE – PB
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P436m Pereira, Guêdijany Henrique.
Mortalidade por homicídios no município de Campina Grande, Paraíba [manuscrito] / Guêdijany Henrique Pereira. – 2013.
70 f.: il. color.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2013.

“Orientação: Prof. Me. Alessandro Leite Cavalcanti, Departamento de Enfermagem”.

1. Mortalidade. 2. Homicídios. 3. Violência. 4. Epidemiologia. I. Título.

21. ed. CDD 303.61

FOLHA DE APROVAÇÃO

Guêdijany Henrique Pereira

Mortalidade por Homicídios no Município de Campina Grande, Paraíba

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em:

Banca Examinadora



Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dr. Sergio D'Avila Lins Bezerra Cavalcanti
Universidade Estadual da Paraíba

Prof. Dr. Wilton Wilney Nascimento Padilha
Universidade Federal da Paraíba

DEDICATÓRIA

Dedico primeiramente a Deus, que em todos os momentos me assiste e me sustenta com a sua graça e amor. Aos meus amados pais, que com seu melhor esforço e dedicação sempre deram tudo de si, para que culminasse nessa vitória. Ao meu professor e orientador pela compreensão e toda dedicação.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, por me conceder mais uma vitória, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada.

Aos meus pais e a toda minha família que, com muito amor e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu professor e orientador, Alessandro Leite Cavalcanti, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

Aos meus amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas.

Ao meu namorado e a toda sua família, pelo incentivo e pelo apoio constante.

Ao delegado da 2ª Delegacia Regional da Polícia Civil, Wagner Paiva de Gusmão Dorta que autorizou a coleta de dados.

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

“O mundo não será destruído por aqueles que fazem o mal, mas por aqueles que olham e nada fazem”

Albert Einstein

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo Geral.....	23
2.2 Objetivos Específicos.....	23
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 Tipo de Estudo.....	24
3.2 Local da Pesquisa.....	24
3.3 Univers/amostra.....	25
3.4 Instrumento de pesquisa e Coleta de Dados.....	25
3.5 Variáveis do estudo.....	26
3.6 Processamento e Análise dos Dados.....	30
3.7 Aspectos Éticos.....	31
4 RESULTADOS.....	32
4.1 Artigo I - Mortalidade por homicídios: Magnitude e fatores associados em Campina grande, Paraíba.....	33
4.2 Artigo II - Caracterização das vítimas de homicídios em Campina Grande, Paraíba.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
6. REFERÊNCIAS.....	63
APÊNDICE	
APÊNDICE A – Instrumento para Coleta de Dados.....	66
ANEXOS	
ANEXO A – Autorização da Delegacia Regional da Polícia Civil.....	68
ANEXO B – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	69
ANEXO C – Comprovante de envio para a revista Ciência & Saúde Coletiva	70

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

TMH: Taxa de Mortalidade por Homicídio

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

IBGE: *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*

OPAS: *Organização Pan-Americana da Saúde*

DRPC: Delegacia Regional da Polícia Civil

DATASUS: Departamento de Informática do SUS/MS

MS: Ministério da Saúde

IPC: Instituto da Polícia Científica

CID – 10: Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão

ENASP: Estratégia Nacional de Justiça e Segurança Pública

APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

NUMOL: Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

PB: Paraíba

EUA: Estados Unidos da América

CDC: *Center for Disease Control and Prevention*

SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade

PNRMAV: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência

BO: Boletim de Ocorrência

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SISNEP: Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

RP: Razão de Prevalência

IC: Intervalo de Confiança

LISTA DE SÍMBOLOS

% - Percentual

± - Mais ou Menos

□ - Menor que

n - Frequência absoluta

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição das variáveis do estudo

26

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Distribuição da taxa de homicídio em Campina Grande por regiões **39**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 (Artigo I) - Distribuição da taxa de mortalidade por homicídio segundo o ano e sexo da vítima por 100 mil habitantes. 38

Gráfico 2 (Artigo I) - Distribuição da mortalidade por homicídios segundo o dia da semana. 41

Gráfico 3 (Artigo I) - Caracterização dos homicídios segundo a sua motivação e o ano. 42

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 (Artigo I)** – Distribuição dos homicídios por ano e mês de ocorrência. **40**
- Tabela 1 (Artigo II)** – Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a faixa etária e o sexo da vítima. **52**
- Tabela 2 (Artigo II)** - Distribuição da mortalidade por homicídios segundo características da vítima e ano da ocorrência. **53**
- Tabela 3 (Artigo II)** - Associação entre o sexo e a ocorrência de homicídios por arma de fogo. **54**
- Tabela 4 (Artigo II)** - Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a motivação e sexo. **54**
- Tabela 5 (Artigo II)** - Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a motivação e faixa etária. **55**
- Tabela 6 (Artigo II)** - Relação entre a motivação do crime e quantidade de lesões. **56**
- Tabela 7 (Artigo II)** - Associação entre as características da vítima e quantidade de lesões. **56**

RESUMO

Objetivo: Caracterizar a violência através dos eventos de homicídio observando o perfil epidemiológico das vítimas no município de Campina Grande, Paraíba.

Materiais e Métodos: Estudo transversal, por meio da análise de inquéritos de vítimas de homicídios ocorridos no período entre 2008 a 2011 registrados na 2ª Delegacia Regional da Polícia Civil, de Campina Grande, Paraíba. A análise dos dados envolveu a construção dos coeficientes de mortalidade por homicídio no município, por regiões e sexo. Adicionalmente, foram analisadas informações referentes ao homicídio e a vítima. O banco de dados foi elaborado utilizando-se o Software SPSS (*Statistical. Package for the Social Sciences*) versão 18.0. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva, médias e desvio padrão. Para as análises bivariadas foram empregados os Testes do Qui-Quadrado, Exato de Fisher e Razão de Prevalência considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p < 0,05$.

Resultados: A taxa média de homicídio para o período de quatro anos foi de 40,7/100 mil habitantes, apresentando uma tendência crescente, sendo de 30,9/100 mil em 2008, e 45/100 mil em 2011. O risco de óbito por homicídio é 14,9 maior entre homens do que entre as mulheres, com uma taxa média de homicídio de 77,7/100 mil entre os homens. A região central apresentou maior Taxa de Mortalidade por Homicídio com 79,7/100 mil. Os homicídios foram mais frequentes nos finais de semana, durante o turno da noite e em vias públicas. As armas de fogo constituíram-se no principal instrumento (77,9%). A faixa etária mais atingida foi de 20 a 29 anos (34,6%), solteiros (53,8%), com baixo grau de escolaridade (41%), tinham envolvimento com drogas (60,67%), os homicídios foram motivados principalmente pelo tráfico de drogas (19,9), vingança (18,8) e causas fúteis (18,3).

CONCLUSÃO: A taxa média de homicídio em Campina Grande apresentou-se elevada quando comparada a média nacional. Esse agravo tem atingido principalmente indivíduos jovens, do sexo masculino, motivados pelo tráfico de drogas, vingança e motivos fúteis. Configurando-se em um cenário violento nesta população. As reflexões concorrem, portanto, para um planejamento de ações e execução de medidas que possibilitem a redução de tais eventos.

Palavras-chaves: Violência; Mortalidade; Homicídio.

ABSTRACT

Objective: To characterize violence through homicide events taking into account the epidemiological profile of victims in Campina Grande, Paraíba.

Material and Methods: Cross-sectional study through analysis of police enquiries of homicide victims in the period from 2008 to 2011 recorded at the 2nd Police Station in Campina Grande, Paraíba. Data analysis involved the construction of death rates by homicide in the city, by region and sex. Additionally, data concerning the homicide and the victim were analyzed. The database was developed using the SPSS software (Statistical Package for Social Sciences) version 18.0. Data were analyzed using descriptive statistics, means and standard deviations. The bivariate analyses used chi-square and Fisher's Exact tests and prevalence ratio considering the value for rejecting the null hypothesis at $p < 0.05$.

Results: The average homicide rate for the period of four years was 40.7/ 100,000 inhabitants, with an increasing trend, with 30.9/ 100,000 in 2008, and 45/100,000 in 2011. The risk of death by homicide is 14.9 higher among men than among women, with an average homicide rate of 77.7/100,000 among men. The central region showed the highest mortality rate of 79.7/100,000 inhabitants. Homicides were more frequent on weekends, during the night shift and on public roads. Firearms were the main instrument (77.9%). The most affected age group was 20-29 years (34.6%), single people (53.8%), with low educational level (41%), involved with drugs (60.67%), and homicides were mainly motivated by drug trafficking (19.9), revenge (18.8) and futile causes (18.3).

CONCLUSION: The average homicide rate in Campina Grande was high when compared to the national average. This condition has mostly reached young individuals, males, motivated by drug trafficking, revenge and futile causes, representing a violent scenario in this population. Reflections point out for the planning of actions and execution of measures to reduce these events.

Keywords: Violence, Mortality, Homicide.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de saúde (OMS) destacou que a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública no mundo.¹ Dentre as várias formas de violência, a que cresce mais intensamente são os homicídios². O Brasil situa-se entre os três primeiros países com as maiores taxas de mortalidade por homicídios³. A palavra homicídio deriva etimologicamente do latim: *homo* (homem) e *cidium* (ação de matar). É portanto, o ato de uma pessoa retirar a vida de outra ou provocar-lhe a morte. Portanto o crime de homicídio viola o bem mais valioso do homem que é a vida.

A ocorrência do homicídio está relacionada ao processo de crescimento populacional das capitais e regiões metropolitanas brasileiras, e à persistente estagnação econômica, entre outros fatores. Essas áreas apresentam urbanização acelerada e desorganizada e, conseqüentemente, alta concentração de moradores nas periferias, onde a profunda desigualdade social e a má distribuição de renda geram um quadro de exclusão social⁴.

Pesquisa realizada na Europa revelou que as mais de 90% das mortes violentas aconteceram em países com as piores condições de vida, com maiores índices de desigualdade social e em classes menos favorecidas. Embora a violência interpessoal fatal ocorra em todo o mundo, a sua magnitude, no entanto, pode variar de região para região, apresentando diferentes padrões dentro de uma mesma cidade⁵.

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), em 2010 foram registrados 49.932 homicídios. A análise desses dados para a população brasileira mostra que os homicídios permanecem em 1º lugar entre as mortes por causas externas, sendo que em 2010 correspondeu a 35,3% das outras mortes por causas externas⁶.

Verificam-se importantes diferenças entre as capitais brasileiras no que se refere às taxas de homicídio. Quando se analisa o ano de 2003, observa-se que os índices variam de 18,5 por 100 mil habitantes em Natal, a 66,4 mortes por 100 mil habitantes em Recife. Na Região Nordeste, situa-se a cidade do Recife, com a mais alta taxa do país; e desponta Maceió, que se encontra em 4º lugar no país. Na Região Norte, Porto Velho e Macapá aparecem como as capitais mais violentas. Na Região Sudeste encontram-se Vitória, Rio de Janeiro e São Paulo no ranking das cidades violentas. Na Região Centro-Oeste, ressalta a taxa de Cuiabá. Finalmente, a Região Sul destaca-se por situar as capitais com as mais baixas taxas, diferenciando-se apenas da cidade de Natal, que se localiza na região Nordeste⁷.

A evolução dos homicídios como um indicador de violência, tem refletido na Paraíba o dinamismo crescente que tem acontecido no mundo. A taxa de homicídios no município de Campina Grande está acima da média nacional para cidades do seu mesmo porte populacional, a média nacional é de 32,3 homicídios por cem mil habitantes, enquanto que em Campina Grande essa taxa é de 39,6 mortes⁸.

Considerando a magnitude desse agravo, e os danos ocasionados por ele, visto serem os jovens das regiões metropolitanas os mais atingidos, entendendo que estas pessoas estão no início de sua vida produtiva⁴, essas perdas precoces de vida expressam reflexos na expectativa de vida da população. A redução das mortes por causas externas representa um grande desafio tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento³.

Diante desses agravos, o Ministério da Saúde em 2001, criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta política, instrumento orientador de atuação da saúde nesse contexto, enfatiza os fundamentos de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade de um modo geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse propósito inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais².

A qualidade na informação com relação aos óbitos por causa externa não pode ser compreendida, simplesmente, como uma questão técnica, mas também como uma ferramenta para a tomada de decisões coerentes. O monitoramento desses eventos constitui elemento por excelência para o conhecimento de suas tendências e impacto das intervenções de políticas públicas empregadas para reduzir os índices e melhorar os serviços de saúde⁹.

Essa pesquisa deve-se a necessidade de maior esclarecimento a cerca da situação atual da violência por homicídio, visto a inexistência de estudos voltados a esse tema nesse município. Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva caracterizar os homicídios e fatores associados, no município de Campina Grande, Paraíba.

1.1 VIOLÊNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O Brasil tem experimentado, nas últimas décadas, importantes transformações no seu padrão de morbimortalidade, relacionadas, principalmente com algumas situações: O aumento da expectativa de vida, um processo que está atrelado à diminuição das doenças infectocontagiosas e parasitárias e aumento das doenças crônicas degenerativas. E a outra situação, é processo acelerado de urbanização e mudanças socioculturais que respondem em

grande parte pelo aumento dos acidentes e violências¹⁰. Esse crescimento acelerado e desorganizado provoca uma maior concentração de moradores nas periferias, onde a profunda desigualdade social e a má distribuição de renda geram um quadro de exclusão social⁴. O que por sua vez reflete nos altos índices de violência nos grandes centros, considerado hoje um fenômeno global³.

A violência compreende um de fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, constituindo em um conjunto de agravos à saúde do indivíduo, que pode ou não levar a óbito. Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos. Há diversas formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional².

A violência pode ser causada não intencionalmente, considerada as causas devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes, e podem ser causada intencionalmente (agressões e lesões autoprovocadas)². Esses eventos constam na Classificação Internacional de Doenças (CID 10) com a denominação de causas externas. Quanto à natureza da lesão, tais agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, queimaduras, fraturas, intoxicações, afogamentos, entre outros¹.

Neste contexto, as causas externas têm sido motivos constantes de atendimentos e de internações no Brasil^{11;12}, provocando alta demanda aos serviços de saúde e sofrimento para as vítimas e seus familiares, além de resultarem em elevados custos diretos e indiretos e de sequelas, que comprometem a qualidade de vida dos que são atingidos por esses eventos¹¹.

Em decorrência da magnitude dos danos que a violência tem produzido, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países. Embora generalizada, a violência tem elegido os jovens das regiões metropolitanas como alvo e instrumento preferencial. O que por sua vez afeta de maneira negativa o desenvolvimento social e econômico das comunidades, tornando-se ônus significativo, para as populações de todo mundo³.

Dentre as varias formas de violência, a que mais cresce intensamente são os homicídios². No Brasil, a partir do final da década de oitenta, os homicídios suplantaram os acidentes de transporte e passaram a representar a principal causa externa de morte¹³.

1.2 HOMICÍDIO E AS PERÍCIAS

A palavra homicídio deriva etimologicamente do latim: *homo* (homem) e *cidium* (ação de matar). É portanto, o ato de uma pessoa retirar a vida de outra ou provocar-lhe a morte. O homicídio tem a primazia entre os crimes mais graves, sabendo-se que todas as instituições se fundam sobre o respeito à existência dos indivíduos que compõe o agregado social¹⁴. Portanto o crime de homicídio viola o bem mais valioso do homem que é a vida.

Em termos topográficos, o homicídio está inserido nos crimes contra a vida, do Código Penal Brasileiro, sendo o primeiro delito por ele tipificado. Inegavelmente, o homicídio doloso, segundo o Código penal – Decreto Lei n 2.848 Art. 18 - Diz-se crime doloso: quando o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo e homicídio culposo ou crime culposo: quando o agente deu causa ao resultado por imprudência, negligência ou imperícia. Nesse caso, em que não há a intenção de matar¹⁵.

No caso dos crimes como o homicídio. Trata-se de crime instantâneo com efeitos permanentes, onde a consumação se dá com o resultado naturalístico da morte, está por sua vez é decorrente da cessação do funcionamento cerebral, circulatório e respiratório.

O Capítulo II do Código de Processo Penal trata sobre o exame de corpo de delito e as perícias em geral. O art. 158 dispõe que: “quando a infração deixar vestígios será indispensável o exame de corpo de delito, direto ou indireto, não podendo supri-lo a confissão do acusado.” (TOURINHO FILHO, 2010, p. 273). As perícias médico-legais apresentam-se como um conjunto de procedimentos técnicos e médicos que possui a finalidade de esclarecer um fato¹⁴.

A obrigatoriedade da execução da necropsia está regulada no Código de Processo Penal no artigo 162: “A autópsia será feita pelo menos 6 (seis) horas depois do óbito, salvo se os peritos, pela evidência dos sinais de morte, julgarem que possa ser feita antes daquele prazo, o que declararão no auto”¹⁵.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DOS HOMICÍDIOS

Homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas, acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, lesões e traumas provocados por esses tipos de eventos, de modo geral denominado como causas externas¹⁶, nas últimas décadas vem ganhando um novo cenário, principalmente devido à intensificação das mortes por homicídios entre 1980 e o final dos anos 90, correspondendo em 2004 por 39,1% das mortes por causas externas no Brasil^{16:7}.

Há um predomínio da mortalidade nas regiões metropolitanas do país¹⁷, onde a faixa etária jovem é uma das mais atingidas³. No que se refere à etiologia, ganha posição de destaque a mortalidade por acidentes de trânsito e arma de fogo⁹.

Atualmente, ocupam posição de destaque nas estatísticas de saúde na maioria dos países, o que acarreta custos sociais, econômicos e emocionais, como traumatismos não fatais e seqüelas, que exercem grande impacto a longo prazo, com mais anos potenciais de vida perdidos do que qualquer outra doença, repercutindo na família e na sociedade, penalizando, principalmente crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento¹¹.

O homicídio constitui um bom indicador da violência, uma análise da mortalidade por esta causa, do ponto de vista da saúde pública, visa conhecer suas características, alcance e distribuição, possibilitando um melhor planejamento e implementação nos vários setores, contribuindo para minimização desses agravos. Pois, além de ser considerada uma questão de extrema importância para a saúde, a mortalidade por esta causa afeta também o setor econômico da sociedade, devido a atingirem grupos etários cada vez mais jovens, conduzindo a maiores anos potenciais de vida perdidos.

A Organização Mundial de saúde (OMS) em 2003, afirmou que a questão dos homicídios é particularmente grave na região das Américas, uma vez que o Brasil está entre os três primeiros países com as maiores taxas de mortalidade por homicídios, a partir dos dados estimados para o ano 2000³.

Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), enquanto que em 1980, 13.910 pessoas foram assassinadas no Brasil, em 2010 foram registrados 49.932 homicídios. A análise desses dados para a população brasileira mostra que os homicídios permanecem em 1º lugar entre as mortes por causas externas, sendo que em 2010 correspondeu a 35,3% das outras mortes por causas externas⁶.

É crescente o número de mortes por agressões físicas e homicídio por arma branca, porém a causa de morte mais frequente e de maior prevalência é por arma de fogo. Estudo realizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) revelou que entre 1979 e 2003 as armas de fogo mataram 550 mil pessoas no Brasil¹⁸.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E VIOLÊNCIA

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a violência é um tema de alta preocupação, o que fica demonstrado por seu compromisso assumido para trabalhar por sua

solução em associação com todos os interessados, quando em 1993, no 37º Conselho Diretor a OPAS aprovou a Resolução XIX, na qual " torna oportuno o estabelecimento por parte dos governos, de políticas e planos nacionais para a prevenção e controle da violência com ênfase especial nos grupos mais vulneráveis." Posteriormente, em novembro de 1994, organizou a Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde, onde pela primeira vez nas Américas se propôs um Plano de Ação Regional sobre Violência e Saúde¹.

O 39º Conselho Diretor da OPAS (documento CD39/14) de 1996 reiterou que a violência em todas suas manifestações é uma prioridade de saúde pública, ao mesmo tempo em que solicitou que Diretor proporcionasse cooperação técnica para fortalecer a capacidade dos Estados Membros de desenvolver sistemas de vigilância epidemiológica da violência, promover a pesquisa, disseminar a informação e promover a cooperação entre os países¹.

No Brasil, diante da necessidade de definir, no setor saúde, uma política que possibilitasse a redução desses agravos, em 2001, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - (PNRMAV). Esta política, instrumento orientador de atuação da saúde nesse contexto, enfatiza os fundamentos de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade de um modo geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Essa política inclui a criação de ambientes saudáveis, a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais².

A PNRMAV é embasada em sete diretrizes básicas que orientam a definição dos instrumentos operacionais, representados por planos, programas, projetos e atividades, que são: promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis; monitorização da ocorrência de violências e acidentes; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e reabilitação; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas; e o desenvolvimento de estudos e pesquisas¹⁹.

O propósito definido pela Política se inclui no conceito ampliado de saúde que, segundo a Constituição Federal e a legislação dela decorrente, contempla não só as questões médicas e biomédicas, mas também aquelas relativas a estilos de vida e ao conjunto de condicionantes e determinantes sociais, históricos e ambientais nos quais a sociedade brasileira vive, trabalha, se relaciona e projeta seu futuro^{2;20}.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Caracterizar a violência através dos eventos de homicídio observando o perfil epidemiológico das vítimas no município de Campina Grande – Paraíba.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Calcular a taxa de mortalidade por homicídio para o município estudado;
- Identificar o ano, mês, dia da semana e horário, local da ocorrência do agravo, arma utilizada e motivação do homicídio;
- Caracterizar sócio demograficamente as vítimas de homicídios;
- Identificar o envolvimento da vítima com drogas e antecedentes criminais e situação carcerária;
- Observar a distribuição das vítimas de homicídios de acordo com a motivação e sexo.
- Verificar a existência de associação entre a condição da vítima, com a arma utilizada, quantidade de lesões e o local do crime.
- Identificar associação entre motivo do crime e quantidade de lesões.

3 METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal censitário, documental com abordagem indutiva. A pesquisa documental caracteriza-se como uma coleta de dados restritos a documentos, escritos ou não, fontes primárias ou secundárias, que podem ser feitas no momento do acontecimento do fato ou fenômeno, ou posteriormente²¹.

A abordagem indutiva é um processo pelo qual, a partir de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma realidade geral ou universal, não contidas nas partes examinadas. Portanto, o objetivo do método indutivo é levar a conclusões cujo conteúdo é mais amplo e probabilístico do que o das premissas nas quais se basearam²⁴.

3.2. LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na 2º Delegacia Regional da Polícia Civil, de Campina Grande, este município brasileiro, situado entre o alto sertão e a zona litorânea do estado da Paraíba. Segundo estimativas do IBGE, em 2011 a população no município era de 387,644 sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, depois da capital. Sua região metropolitana, formada por 15 municípios, possui uma população estimada em 580 492 habitantes, sendo a segunda maior zona metropolitana do interior nordestino, quarta maior zona metropolitana do interior brasileiro.

A autorização foi concedida pela 2º Delegacia Regional da Polícia Civil, (ANEXO A). Esta instituição é encarregada a fazer a investigação criminal sendo responsável pela elaboração dos boletins ou registros de ocorrência, da apuração das infrações penais e conseqüentemente da instauração do procedimento de investigação denominado Inquérito Policial.

A Polícia Civil do Estado da Paraíba é, órgão do sistema de segurança pública ao qual compete, nos termos do artigo 144, § 4º, da Constituição Federal e ressalvada competência específica da União, as funções de polícia judiciária e de apuração das infrações penais, exceto as de natureza militar¹⁵.

Na Paraíba existem 10 delegacias regionais da polícia civil, em campina grande se localiza a 2º Delegacia Regional da Polícia Civil - DRPC, que se subdivide em oito delegacias especializadas, entre elas: delegacia da mulher, delegacia de crimes contra a vida (homicídios), delegacia dos crimes contra o patrimônio, delegacia da infância e juventude, delegacia de repressão aos crimes contra a infância, delegacia de vigilância geral, delegacia de acidentes de trânsito, delegacia de falsificação e defraudação.

3.3. UNIVERSO/AMOSTRA

O universo compreendeu todos os inquéritos policiais das vítimas de homicídios, notificados no período de 2008 a 2011 na 2º Delegacia Regional da Polícia Civil, totalizando 624 inquéritos policiais que continham dados envolvendo homens, mulheres, crianças e adolescentes vitimadas por homicídios dolosos correspondentes a todas as faixas de idade.

O inquérito policial previsto no Código Penal Brasileiro, por meio do Decreto nº 4.824, afirma no artigo 42 que “O inquérito policial consiste em todas as diligências necessárias para o descobrimento do fato criminoso, de suas circunstâncias e de seus autores e cúmplices”³³. Nele estão contidos, boletim de ocorrência, termos de depoimentos e declarações de testemunhas, ficha de investigação do crime, laudos do Instituto Medico Legal da Polícia Científica da Paraíba, entre outros documentos. O Inquérito Policial é composto também de provas de autoria e materialidade de crime, que, são produzidas por investigadores de polícia e peritos criminais.

3.3.1 Critérios de exclusão

Para caracterização dos fatores associados ao homicídio, foram excluídos os inquéritos que não constavam, simultaneamente, os documentos **Boletim de Ocorrência (BO)** e **Laudo do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL)**. Visto que a inexistência desses documentos no inquérito policial, implica a ausência das informações a serem estudadas. Dos 624 inquéritos policiais, foram excluídos 176, consistindo em uma perda de 28,2%.

3.4. INSTRUMENTO DE PESQUISA E COLETA DE DADOS

Para o resgate das informações de cada homicídio, foi aplicado um instrumento de coleta, que consistiu de um formulário específico desenvolvido pelo pesquisador mediante a análise dos documentos presentes nos inquéritos policiais, com questões objetivas e subjetivas, dicotômicas ou de múltipla escolha. Previamente, realizou-se o estudo piloto, no qual foi possível identificar algumas inconsistências do instrumento de pesquisa, as quais foram corrigidas.

A coleta foi realizada em cinco meses, por dois pesquisadores treinados no período de julho a novembro de 2012. Os dados foram coletados a partir do inquérito de cada vítima, com base na Ficha de Investigação da delegacia de polícia, Boletins de Ocorrência e Laudos Médicos do Núcleo de Medicina e Odontologia. Estes foram previamente analisados e selecionados de acordo com as categorias que objetivam a pesquisa, constituindo o que Sá-Silva denominaram de *corpus* documental²³.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis analisadas foram subdivididas em duas categorias: **Pré-investigação e Investigação**, conforme no quadro a seguir:

Quadro 1: Descrição das variáveis do estudo

3.5.1 Pré-investigação

Variável	Descrição	Categorias	Classificação quanto à mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
----------	-----------	------------	-----------------------------------	--

Ano	Tempo decorrido por 12 meses.	1. 2008 2. 2009 3. 2010 4. 2011	Qualitativa ordinal	Independente
Bairro	Bairro que aconteceu o homicídio		Qualitativa Nominal	Independente
Região	Agrupamento de bairros, subdivididos pela sua localização no mapa	1. Norte 2. Sul 3. Leste 4. Oeste 5. Centro 99. Não identificado	Qualitativa nominal	Independente
Sexo	Totalidade das características nas estruturas reprodutivas.	1. Masculino 2. Feminino	Qualitativa nominal	Independente

3.5.2 Investigação

Variável	Descrição	Categorias	Classificação quanto à mensuração	Classificação quanto ao plano de análise
Tipo do Homicídio	Classificação do homicídio pelo número de vítimas	1.Simples 2.Múltiplo	Qualitativa Nominal	Independente
Mês	Período formado por semanas.	1. Janeiro 2. Fevereiro 3. Março 4. Abril 5. Maio 6. Junho 7. Julho 8. Agosto 9. Setembro 10. Outubro 11. Novembro 12. Dezembro	Qualitativa ordinal	Independente
Dia da semana	Período formado por sete dias.	1.Segunda 2.Terça 3.Quarta 4.Quinta 5.Sexta 6.Sábado 7.Domingo 99.Não informado	Qualitativa Ordinal	Independente

Horário	Tempo decorrido de 24 horas.	1.0h-6h 2.6h-12h 3.12h-18h 4.18h-24h 99.Não informado	Qualitativa Ordinal	Independente
Motivação do Homicídio	Possível etiologia que levou o acontecimento do crime	1.Fúteis 2.Tráf. Drogas 3.Vingança 4.Passional 5.Latrocínio 6.Outros 99.Não Identificado	Qualitativa Nominal	Independente
Local da injúria	Ambiente em que o evento ocorreu.	1. Residência 2. Via pública 3. Est. Prisional 4. Est. Comercial 99.Não Informado	Qualitativa nominal	Independente
Meio Utilizado	Instrumento utilizado pelo agressor, no momento do crime	1. Arma de fogo 2. Arma branca 3. Outros 99.Não Identificado	Qualitativa nominal	Independente
Numero de projéteis	Quantidade de projéteis encontrados na vítima	1.() 3.() 5.() 2.() 4.() 6.Acima de 5	Qualitativa ordinal	Independente
Sexo	Totalidade das características nas estruturas reprodutivas.	1. Masculino 2. Feminino	Qualitativa nominal	Independente
Idade da vítima	Tempo decorrido, em anos, desde o nascimento.	1.0 – 09 2.10 – 19 3.20 – 29 4.30 – 39 5.40 – 49 6.50 – 59 7.> 60 anos	Qualitativa ordinal	Independente
Estado civil	Estado matrimonial	1.() Solteiro 2.() Casado 3.() Divorciado 4.() Viúvo 5.() Outros	Qualitativa nominal	Independente
Grau de escolaridade	Quantidade de anos estudados categorizados	1.() Fundamental Completo 2.() Fundamental Incompleto 3.() Médio Completo 4.() Médio Incompleto 5.() Superior Completo 6.() Superior Incompleto	Qualitativa ordinal	Independente

		7.() Pós Graduação		
Ocupação	Atividade ocupacional lucrativa		Qualitativa nominal	Independente
Vítima alcoolizada	Registro ou não de consumo de álcool no momento do crime	1.() Sim 2.() Não 3.() NR	Qualitativa nominal	Independente
Envolvimento com drogas	Ocorrência de registro ou não de consumo de drogas ilícitas	1.() Sim 2.() Não 3.() NR	Qualitativa nominal	Independente
Antecedentes criminais	Ocorrência ou não de registro criminal na polícia	1.() Sim 2.() Não 3.() NR	Qualitativa nominal	Independente
Situação carcerária	Registro de encarceramento ou não	1.() nunca fora preso 2.() presidiário regime fechado 3.() presidiário regime semi-aberto 4.() ex-presidiário	Qualitativa nominal	Independente
Morava no bairro do crime	Morava ou não no bairro onde aconteceu o homicídio	1.() Sim 2.() Não	Qualitativa nominal	Independente
Quantificação das lesões	Número de lesões produzidas na vítima	1. Única 2. Múltiplas	Qualitativa nominal	Dependente
Local do corpo atingido	Região do corpo atingida pelas lesões	1.() Cabeça 2.() Face 3.() Pescoço 4.() tórax 5.() abdômen 6.() dorso 7.() genitália 8.() glúteos 9.() membros superiores 10.() membros inferiores	Qualitativa nominal	Dependente

Com relação ao variável motivação do crime, no Brasil, até o momento, não houve a definição de critério uniforme para a categorização das causas de homicídio. Na tentativa de identificar, no universo de homicídios, categorias de causas associadas a gênese do crime, bem como buscando conhecer, ainda que por estimativa, a respectiva proporção frente aos demais homicídios. Baseado no Código Penal Brasileiro¹⁵, classificou-se as seguintes motivações:

Motivos fúteis: os eventos em que se percebeu uma desproporção entre o fato que iniciou a contenda e o resultado morte da vítima, embora se reconheça que o que pode se

apresentar como motivo fútil para determinada pessoa pode não ser fútil para a pessoa inserida no contexto. Tal conceito é comumente utilizado no meio jurídico. Ex: briga, briga familiar, conflito entre vizinhos, conflito no trânsito/trânsito/discussão de trânsito, desavença, desentendimentos, embriaguez/alcoolismo/álcool/bebedeira, pessoal, racismo, rixa.

Tráfico de drogas: foi utilizada quando se constatou umnexo causal entre o crime de homicídio e o envolvimento da vítima com o tráfico de drogas.

Vingança: quando se constatou que o homicídio se deu em represália a alguma ação anterior.

Latrocínio: foi utilizada essa classificação para os roubos seguidos de morte.

Motivação passional: aqueles homicídios em que se verificou uma relação de sentimento de ciúmes proveniente de relação amorosa entre autor e vítima.

3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise consistiu em duas etapas: a primeira, foi à construção das taxas de mortalidade por homicídio no município, por regiões e sexo, para alcançar esse objetivo utilizaram-se todos os casos de homicídios registrados na delegacia, com um total de 624 nos anos estudados. Para comparação e identificação das diferentes áreas de risco de óbito por homicídio utilizou-se o mapa disponibilizado pela prefeitura do município e como forma de apresentação, subdividimos em regiões (norte, sul, leste e oeste). Para padronização dos dados, foi calculado proporções e taxas de homicídio por 100 mil habitantes, utilizando a população do último censo demográfico que aconteceu no ano de (2010) e estimativas populacionais disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE.

A segunda etapa da análise, compreendeu a caracterização dos homicídios, segundo mês, dia da semana, horário, local, motivação do crime e tipo de arma. Para essa análise utilizou-se como critério de exclusão os inquéritos incompletos que não apresentavam, simultaneamente o boletim de ocorrência (BO) e o laudo do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal (NUMOL). O banco de dados foi referente aos 448 inquéritos selecionados, elaborado utilizando-se o Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) 18.0. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais), médias e desvio padrão. Para as análises bivariadas foram empregados os Testes do Qui-Quadrado e Exato de Fisher, considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p < 0,05$.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento desse estudo seguiu os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõe a Resolução n° 196/96. O projeto foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, (CAAE N° 0719.0.133.000-11).

4 RESULTADOS

Artigo I: Mortalidade por homicídios: Magnitude e fatores associados em Campina grande, PB

Artigo II: Caracterização das vítimas de homicídios em Campina Grande, PB

Submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo C)

4.1 ARTIGO 1

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS: MAGNITUDE E FATORES ASSOCIADOS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA.

Guêdijany Henrique Pereira¹, Rogêria Máximo de Lavôr¹, Paula Renata Florêncio Mendes¹,
Edvania Emannelle Pinheiro Santos², Alessandro Leite Cavalcanti³

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.
2. Acadêmica do curso de graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba.
3. Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Correspondência:

Guêdijany Henrique Pereira. Rua Irineu Joffily, n.245, Centro, CEP: 58.400-270, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Email: guedijany@gmail.com

Telefones: (83) 96297565/88838747

RESUMO

OBJETIVO: Identificar as taxas de mortalidade e analisar os homicídios no tempo e espaço no município de Campina Grande, Paraíba.

METODOLOGIA: Estudo transversal censitário, por meio da análise de inquéritos policiais das vítimas de homicídios da cidade de Campina Grande - Paraíba, no período entre 2008 a 2011. O instrumento de pesquisa consistiu de um formulário específico, desenvolvido a partir da análise do inquérito policial. Inicialmente, foram estabelecidos os coeficientes de mortalidade por homicídio no município, por regiões geográficas e sexo. Posteriormente caracterizou-se os homicídios quanto ao mês, dia da semana, horário, local, motivação do crime e tipo de arma. O banco de dados foi elaborado utilizando-se o Software SPSS (*Statistical. Package for the Social Sciences*) v. 18.0. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais), médias e desvio padrão.

RESULTADOS: A taxa média de homicídio para o período de quatro anos foi de 40,7/100 mil habitantes, apresentando uma tendência crescente, a maioria dos homicídios foi registrados no ano de 2010 com 49 ocorrências/100 mil habitantes. O risco de óbito por homicídio é 14,9 maior entre homens do que entre as mulheres, com uma taxa média de homicídio 77,7/100 mil habitantes entre os homens. A distribuição quanto a região analisada não mostrou homogeneidade, apresentando maior Taxa de mortalidade por Homicídio na região central com 79,7/100 mil habitantes. Esses eventos foram mais constantes no mês de junho (12,7%), nos finais de semana (36,8%), durante o turno da noite (41,6%) e em vias públicas (70%). A arma escolhida pelos agressores foi a arma de fogo (77,9%), motivado significativamente pelo tráfico de drogas (19,9%), vingança (18,8%) e motivos fúteis (18,3%).

CONCLUSÃO: A taxa média de homicídio em Campina Grande apresentou-se elevada quando comparada a média nacional, apresentando um pico no ano de 2010. Esses eventos ocorreram com maior frequência na região central, em via pública, no mês de junho, no turno da noite, em finais de semana e por arma de fogo. As reflexões concorrem, portanto, para um planejamento de ações e execução de medidas que possibilitem a redução de tais eventos.

Palavras-chaves: Violência; Coeficiente de mortalidade; Homicídio.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify mortality rates and analyze homicides in time and space in Campina Grande, Paraíba.

METHODS: Cross-sectional census study through analysis of police enquiries of homicide victims of Campina Grande - Paraíba in the period from 2008 to 2011. The survey instrument consisted of a specific form developed from the analysis of the police investigation. Initially, the mortality rates by homicide by geographic regions and gender were established. In a second step, homicides were characterized regarding the month, day of week, time, location, crime motivation and weapon type. The database was developed using the SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences) v. 18.0. Data were analyzed using descriptive statistics (absolute and percentage distributions), means and standard deviations.

RESULTS: The average homicide rate for the period of four years was 40.7/ 100,000 inhabitants, with an increasing trend, most homicides were recorded in 2010 with 49

occurrences / 100,000 inhabitants. The risk of death by homicide is 14.9 higher among men than among women, with an average homicide rate of 77.7/100,000 among men. The distribution in the analyzed region showed no homogeneity, with higher mortality rate by homicide in the central region, with 79.7/100,000 inhabitants. These events were more constant in June (12.7%), on weekends (36.8%) during the night shift (41.6%) and on public roads (70%). The weapon of choice was firearm (77.9%), mostly motivated by drug trafficking (19.9%), revenge (18.8%) and futile causes (18.3%).

CONCLUSION: The average homicide rate in Campina Grande was high when compared to the national average, with a peak in 2010. These events occurred more frequently in the central region, on the streets, in the month of June, night shift on weekends and with firearm. Reflections point out for the planning of actions and execution of measures to reduce these events.

Keywords: Violence; mortality rate; Homicide.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresentou, nas últimas décadas, importantes transformações no seu padrão de morbimortalidade¹. Atualmente as mortes por causas externas correspondem a grande parcela de óbitos em vários os países do mundo, representam a segunda ou terceira colocação entre as causas de óbito^{2,3}.

Entre as taxas de mortalidade por causas externas, os homicídios destacam-se em termos de sua magnitude. A Organização Mundial de saúde (OMS) em 2003, revelou que o Brasil está entre os três primeiros países com as maiores taxas de mortalidade por homicídios³. A taxa de homicídio no Brasil teve um crescimento de 185% entre os anos de 1979 a 2009, passando de 9,5 para 27,1 por 100 mil habitantes, superando qualquer doença ou causa externa e se consolidando como um gravíssimo problema de saúde pública⁴.

Diante das altas taxas de criminalidade, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta política é instrumento orientador de atuação da saúde nesse contexto, ela enfatiza os fundamentos de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade de um modo geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis. Esse propósito inclui a criação de ambientes saudáveis,

a reorganização dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de aptidões pessoais⁵.

Verificam-se importantes diferenças entre as capitais brasileiras no que se refere às taxas de homicídio. Quando se analisa o ano de 2003, observa-se que os índices variaram de 18,5 por 100 mil habitantes em Natal/RN, a 66,4 mortes por 100 mil habitantes em Recife/PE. Na Região Nordeste, situa-se a cidade do Recife, com a mais alta taxa do país; e desponta Maceió/AL, que se encontra em 4º lugar no país⁶.

A evolução dos homicídios como um indicador de violência, tem refletido na Paraíba o dinamismo crescente que tem acontecido no mundo. A Paraíba, que em seu histórico sempre apareceu entre os estados com baixos índices no contexto nacional – entre 10 e 15 homicídios em 100 mil habitantes e no ano 2000 encontrava-se no 20º lugar – ingressou, nesta última década, numa forte escalada de violência que levou o estado, em 2010, a apresentar um índice de 38,6/100 mil, configurando entre os seis mais violentos do Brasil⁷.

Considerando a magnitude desse agravo, visto que os homicídios constituem bom indicador da violência, faz-se necessário um estudo mais detalhado e regionalizado da mortalidade por esta causa na Paraíba, em especial, em Campina Grande, diante da ausência de estudos específicos na área de homicídios. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é caracterizar os homicídios no município de Campina Grande, Paraíba.

METODOLOGIA

Estudo transversal censitário, realizado em uma cidade do nordeste Brasileiro, sendo esta a cidade mais populosa do estado da Paraíba, depois da capital, de acordo com estimativas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2011, a população de Campina Grande era de 387 644 habitantes. Os dados foram coletados na 2ª Delegacia Regional da Polícia Civil. Esta instituição é encarregada de fazer a investigação criminal dos Homicídios nesse município e em seus distritos, sendo responsável pelos registros e apuração das infrações penais e conseqüentemente da instauração do procedimento de investigação denominado Inquérito Policial.

Foram analisados os inquéritos policiais das vítimas de homicídios ocorridos no período de 2008 a 2011. O instrumento de coleta de dados consistiu de um formulário específico, elaborado a partir da análise do inquérito policial, sendo os dados coletados por dois pesquisadores treinados no período de julho a novembro de 2012, com base nos seguintes documentos do inquérito: ficha de investigação da delegacia de polícia, boletim de

ocorrência e laudos médicos do Instituto de Polícia Científica do Estado da Paraíba. As variáveis analisadas foram subdivididas em duas categorias: Pré-investigação (Ano, sexo e bairro) e Investigação (mês, dia da semana, horário, local de ocorrência, motivação do crime tipo de arma e sexo da vítima).

Na primeira etapa a partir dos dados da pré-investigação, foram elaborados as taxas de mortalidade por homicídio por 100 mil habitantes no município, por regiões geográficas (norte, sul, leste, oeste e centro) e segundo o sexo da vítima, tomando-se como base o total de 626 casos registrados. Para padronização dos dados, foram calculados proporções e taxas de homicídio por 100 mil habitantes, utilizando a população do último censo demográfico e estimativas populacionais disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE⁸.

Na segunda etapa da análise compreendeu a caracterização dos homicídios, segundo mês, dia da semana, horário, local de ocorrência, motivação do crime (tráfico de drogas, latrocínio, vingança, passional, fúteis e outros), tipo de arma (arma de fogo, arma branca, ambas, outras) e sexo da vítima. Para essa análise utilizou-se como critério de exclusão os inquéritos que estavam incompletos, ou seja, aqueles nos quais não estavam anexados o boletim de ocorrência e o laudo médico do Instituto Médico Legal simultaneamente. Dos 626 inquéritos policiais, foram excluídos 178 (28,1%), correspondendo a uma amostra final de 448 inquéritos policiais.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais), médias e desvio padrão. Para a análise bivariada foi empregado o Teste do Qui-Quadrado, considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p < 0,05$.

A pesquisa seguiu as normas nacionais e internacionais, sendo registrada no Sistema Nacional de ética e pesquisa (SISNEP) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

RESULTADOS

Dos 626 casos analisados, 118 (18,8%) ocorreram em 2008, 141 (22,5%) em 2009, 189 (30,2%) em 2010 e 178 (28,4%) em 2011. A taxa média de homicídio para o período de quatro anos foi de 40,7/100 mil habitantes. Analisando sua distribuição, percebeu-se uma tendência crescente, como mostra o Gráfico 1.

Foi possível identificar que o risco de óbito por homicídio é 14,9 vezes maior entre homens do que entre as mulheres, com uma taxa média de homicídio de 77,7/100 mil habitantes, entre os homens, enquanto no sexo feminino apresentou uma taxa de 5,19/100 mil habitantes. Com relação à distribuição segundo o sexo, verificou-se um aumento entre as vítimas do sexo masculino enquanto ocorreu uma leve diminuição entre as vítimas do sexo feminino (Gráfico 1).

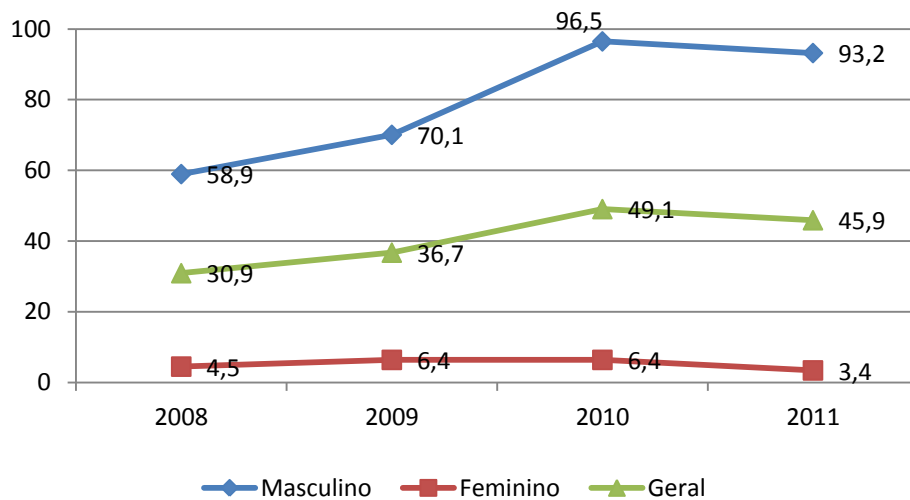
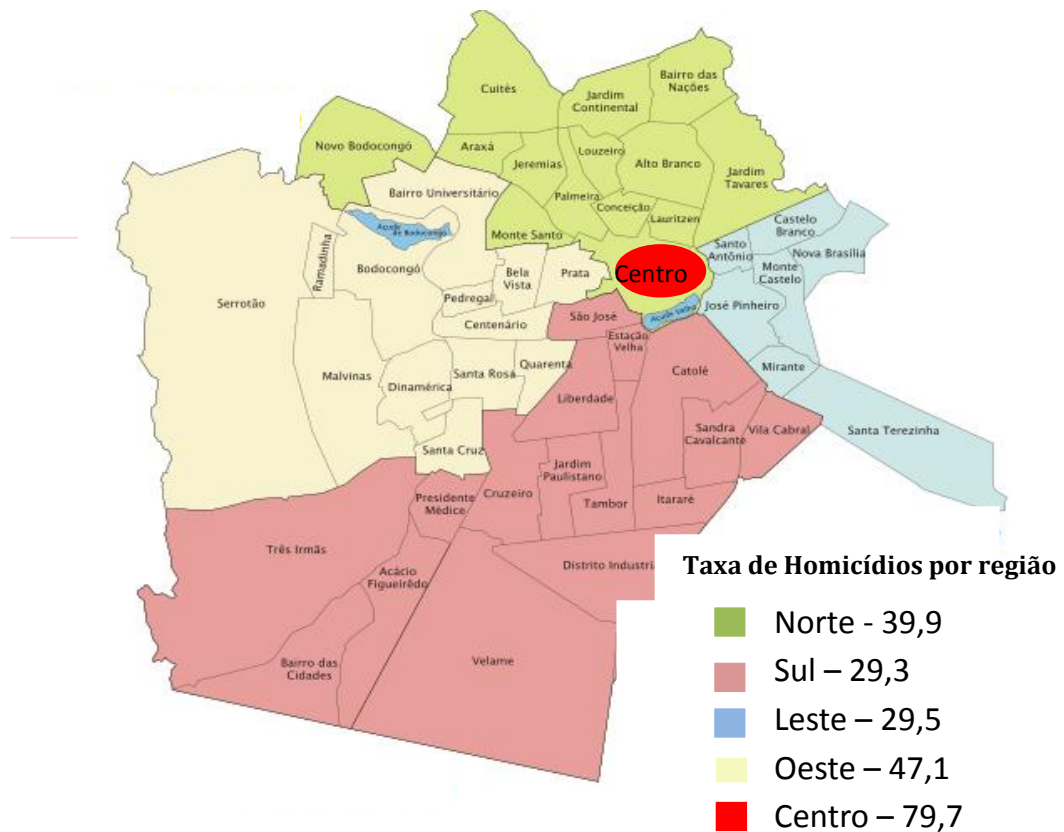


Gráfico 1- Distribuição da taxa de mortalidade por homicídio segundo o ano e sexo da vítima por 100 mil habitantes.

Essa taxa de mortalidade também apresentou uma variação quanto à região analisada. De um modo geral, observando as TMH por bairro, nota-se que as ocorrências de homicídios, têm abrangido quase todos os locais da cidade, apresentando uma concentração importante na região central com TMH de 79,7/100 mil habitantes.

Figura 1: Distribuição da taxa de homicídios por regiões em Campina Grande



Fonte, Prefeitura Municipal de Campina Grande

Quanto à caracterização dos 448 homicídios, verificou-se que com relação ao mês, obteve-se uma maior frequência para os meses de junho 57 (12,7%), abril 46 (10,3%) e dezembro 43 (9,6%). Sendo assim, a Tabela 1, mostra que os homicídios em 2008 e 2009 estavam concentrados em alguns meses do ano, destacando-se principalmente os meses de Fevereiro, Abril, Junho e Dezembro. No entanto, observou-se que o mês de junho manteve uma frequência elevada em todos os anos estudados.

Tabela 1: Distribuição dos homicídios de acordo com o ano e o mês de ocorrência.

Mês de Ocorrência	Ano de Ocorrência									
	2008		2009		2010		2011		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Janeiro	6	9,09	7	7,69	10	6,37	6	4,51	29	6,5
Fevereiro	10	15,15	5	5,49	6	3,82	7	5,26	29	6,5
Março	6	9,09	8	8,79	11	7,01	15	11,28	40	8,9
Abril	2	3,03	13	14,29	16	10,19	15	11,28	46	10,3
Mai	5	7,58	9	9,89	19	12,10	9	6,77	42	9,4
Junho	12	18,18	10	10,99	17	10,83	18	13,53	57	12,7
Julho	2	3,03	6	6,59	11	7,01	13	9,77	32	7,1
Agosto	1	1,52	3	3,30	11	7,01	12	9,02	27	6,0
Setembro	2	3,03	1	1,10	11	7,01	10	7,52	24	5,4
Outubro	3	4,55	6	6,59	21	13,38	7	5,26	37	8,3
Novembro	6	9,09	9	9,89	16	10,19	11	8,27	42	9,4
Dezembro	11	16,67	14	15,38	8	5,10	10	7,52	43	9,6
Total	66	14,7	91	20,3	157	30,0	134	29,9	448	100,0

De acordo com o Gráfico 2, durante a semana tem-se valores constantes de ocorrências dos homicídios, no entanto, observa-se, uma tendência crescente desses casos nos finais de semana, visto que, 36,4% deles acontecem nesses dias (Sábado e Domingo), havendo predomínio do domingo (20,5%).

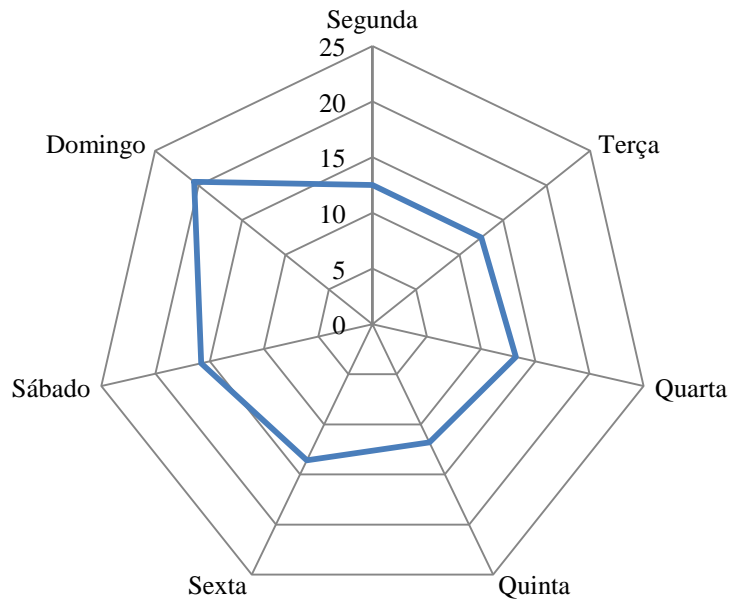


Gráfico 2- Distribuição da mortalidade por homicídios segundo o dia da semana.

Quanto ao horário do homicídio, 185 inquéritos (41,3%) apontaram o turno da noite como o período com maior registro de casos, seguido do turno da tarde (21,9%), manhã (17,9%) e madrugada (16,3%). Adicionalmente, constata-se que em 347 (70,8%) dos homicídios acontecem em plena via pública, residência da vítima 57(12,7%), estabelecimento comercial 41 (9,2%) e estabelecimento prisional (0,4%). Trinta e um inquéritos (6,9%) não apresentavam o registro dessa informação.

O instrumento mais utilizado pelos agressores para cometer um assassinato foi a arma de fogo (77,9%), 34 (7,6%) foram perpetrados com arma branca, 16 (3,6%) com ambos instrumentos (arma de fogo e arma branca) e 40 (8,9%) ocorreram com outros instrumentos, entre eles, os mais citados foram, porrete de madeira, corda, pedra e agressões nuas.

Foi possível identificar a motivação do homicídio em 413 (92,2%) casos, existindo predomínio dos motivados pelo tráfico de drogas (n=89;19,9%), seguido por vingança (n=84;18,8%), motivos fúteis (n=82;18,3%), passional (n=42;9,4%) e latrocínio (n=34;7,6%). Em 18,3% dos inquéritos policiais foram outros os motivos a exemplo de: ações policiais, legítima defesa, dentre outros.

Analisando esses homicídios no período estudado, constatou-se que no ano de 2010, com exceção dos homicídios passionais, os demais apresentaram crescimento. Para o ano de 2011 predominaram os homicídios por motivos fúteis 33(24,6%) e os motivados por tráficos de drogas 31(23,1%) (Gráfico 4).

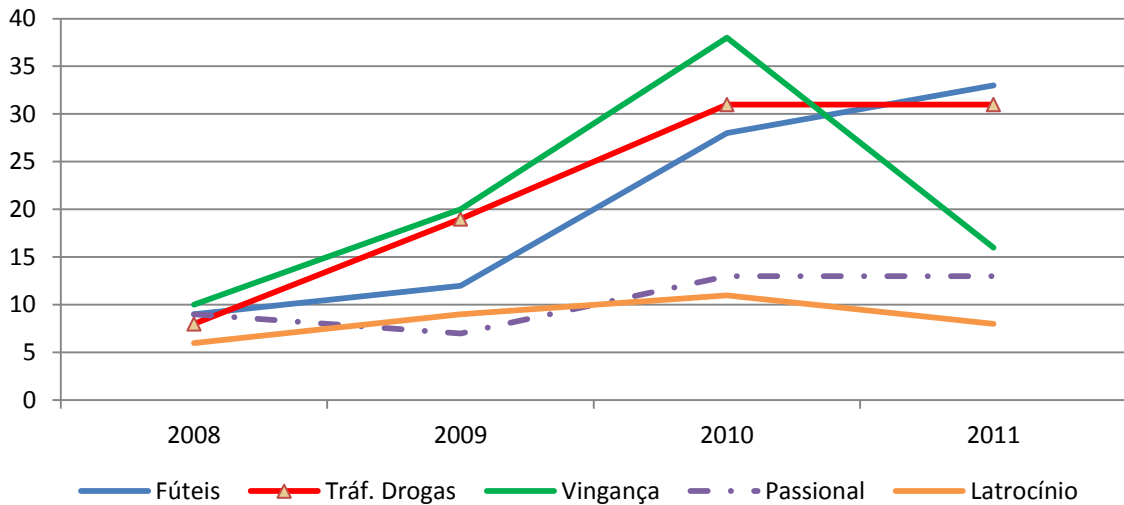


Gráfico 3 – Distribuição absoluta dos homicídios segundo a sua motivação e o ano.

DISCUSSÃO

A violência está sendo reconhecida como um problema mundial de saúde pública. Pesquisa realizada na Europa revelou que mais de 90% das mortes violentas acontecem em países com as piores condições de vida, com maiores índices de desigualdade social e em classes menos favorecidas. Embora a violência interpessoal fatal ocorra em todo o mundo, a sua magnitude, no entanto, pode variar de região para região, apresentando diferentes padrões dentro de uma mesma cidade⁸.

Mesmo considerando o impacto das políticas de desarmamento implementadas em 2004, as taxas de violência homicida continuam extremamente elevadas. No nível internacional, entre 84 países do mundo, o Brasil, tem uma taxa total de 27 homicídios em 100 mil habitantes, ocupando a quarta posição no ranking, só melhor que a Colômbia, e com taxas bem semelhantes às da Rússia e da Venezuela. Essa taxa de homicídio em 2004 no Brasil é ainda trinta ou quarenta vezes superiores às taxas de países como Inglaterra, França, Alemanha, Áustria, Japão ou Egito⁹.

Neste estudo, a taxa média de homicídio em Campina Grande foi de 42,2 por 100 mil habitantes, estando acima da média para cidades brasileiras do mesmo porte populacional, cuja média é de 32,3 homicídios por 100 mil habitantes¹⁰. Em relação à média nacional, 27 homicídios em 100 mil habitantes.

Apesar da análise da taxa de homicídio possibilitar uma visualização de risco significativo para ocorrência de homicídio na cidade, não se pode generalizar esse padrão de

risco identificado para todas as regiões de Campina Grande, visto ter encontrado nos resultados dessa pesquisa, maiores concentrações de homicídios em algumas regiões específicas, como na região central e oeste. A alta incidência de crimes acontecem em determinados setores e horários, muitos estudos tem mostrado que devem existir condições mínimas necessárias para que um ato criminoso ocorra¹⁰. No Brasil, os homicídios também demonstram ter um padrão de distribuição espacial bastante concentrado: mesmo dentro das grandes cidades, eles apresentam-se com maior frequência em áreas de alta vulnerabilidade social e pouca ou nenhuma provisão de serviços públicos¹¹.

É possível encontrar ainda padrões temporais de ocorrências de homicídios na cidade de Campina Grande em relação a dia da semana, mês e aos horários de maior frequência, esses eventos apresentaram-se no mês de Junho, o que reflete, uma associação dos delitos com os meses tipicamente de “festas juninas”. Haja visto, que algumas situações podem contribuir para o aumento da criminalidade, como consumo de álcool, aglomerado de pessoas, o que possivelmente propicia o aumento de violência.

Confrontado esses dados com a literatura, em uma pesquisa realizada no estado do Pernambuco, os meses que apresentaram maior numero de homicídio foram janeiro, fevereiro e março, o que possivelmente pode estar relacionado ao verão e carnaval¹². Em outra pesquisa realizada em Porto rico, não houve sugestão de sazonalidade na distribuição relativa de óbitos por homicídios por mês no período de 10 anos. A proporção média mensal de mortes foi distribuído uniformemente através de qualquer dado ano, oscilando entre 8% e 9%¹³.

Com relação ao dia da semana e horário os homicídios se concentraram nos dias que correspondem ao final de semana (sábado e domingo) e no turno da noite. Essa prevalência pode estar associada ao fato desses dias serem mais propícios a viagens, atividades de jogos e lazer, bem como, ser o horário da noite mais oportuno para o consumo de álcool, contribuindo para a ocorrência de acidentes e violência¹⁴.

Os indivíduos do sexo masculino foram os mais acometidos (94%), corroborando com outros estudos realizados na Alemanha¹⁵, Brasil¹⁶ e no México¹⁷. Uma das explicações para as diferenças de mortalidade entre os sexos é a maior prevalência de fatores de risco entre os homens³². Entre esses fatores de riscos, estão uma maior exposição destes aos riscos, superestimação de suas capacidades físicas, assim como pelo uso mais comum de bebidas alcóolicas e envolvimento com o tráfico de drogas¹⁸.

A maioria dos homicídios aconteceu em via pública e o instrumento mais utilizado pelos agressores para cometer um assassinato foi a arma de fogo. Essas armas são

reconhecidamente mais prováveis de resultar em morte do que qualquer outra, sendo fortes aliadas do aumento da violência¹⁹. O fato de um maior número de casos serem registrados em vias públicas nos remete a outro fator, a frágil segurança pública do nosso país. E contradiz a outros atos de violência, como a violência física, que tem predomínio na residência da vítima e é caracterizada pelo do choque das gerações²⁰.

Ao longo das últimas duas décadas, os homicídios passaram a ser consumados com maior nível de violência. Até o início dos anos 1980, a maioria das vítimas era agredida por arma de fogo em via pública, mas só vinha a falecer em unidades hospitalares. Já a partir dos anos 1990, a maioria das vítimas passou a morrer em via pública, sem chance de socorro, possivelmente devido à maior gravidade ou quantidade de ferimentos sofridos²¹.

Com uma maior proporção estão os homicídios motivados pelo tráfico de drogas, vingança e por motivos fúteis. Esse resultado não só evidencia que as drogas, têm uma forte relação com o aumento do número de homicídios, mas também reflete a banalização da vida e ação impensada frente ao impulso do momento, não obstante, existe uma campanha “conte até 10” de iniciativa do Conselho Nacional do Ministério Público em parceria com a Estratégia Nacional de Justiça e Segurança Pública (ENASP), instituída em 2010, visa sensibilizar a sociedade com objetivo de evitar os homicídios cometidos por impulso, que ocorrem em situações como brigas em bares, discussões no trânsito ou entre vizinhos.

Diferente de outras pesquisas que analisam apenas taxas de mortalidades, os dados encontrados nessa pesquisa possibilitam um maior esclarecimento com relação as características e fatores associados ao homicídio, visto que a uma das funções da policia civil de acordo com o artigo 144 da Constituição Federal de 1988, é de apurar infrações penais e todas essas informações estão contidas nos inquéritos policiais²².

É importante ressaltar que o alto percentual de perdas ocorreu devido a inexistência de documentos imprescindíveis no inquérito policial para a coleta de informações, essa ausência de informações acontece muitas vezes pela questão organizacional e falta de recursos materiais e pessoais do próprio serviço. Ressaltamos ainda a necessidade de treinamentos, a fim de melhorar os sistemas de informação nas delegacias, com o objetivo de auxiliar os policiais na difícil tarefa de registrar ocorrências e recuperar informação a fim de fomentar a investigação de delitos.

A mortalidade por causa evitável é concebida como um indicador de potenciais fraquezas nos cuidados de saúde e de saúde pública, apresentando-se como uma ferramenta adequada para indicação e alerta dos problemas que poderiam não ter existido¹⁵.

Pesquisadores, nas últimas duas décadas, têm mostrado que a violência pode ser

prevenida e que, programas de prevenção são mais custo-eficientes que outras políticas tais como o encarceramento²³. A implementação de políticas públicas de controle de homicídios baseada em estratégias locais de controle deve levar em consideração as semelhanças e diferenças existentes entre as cidades ou regiões. Ou seja, as propostas de intervenção das políticas públicas devem ser pautadas em diagnósticos que levem em consideração as características específicas de cada região²⁴.

CONCLUSÃO

A análise da mortalidade por homicídios no município de Campina Grande evidenciou uma elevada taxa de mortalidade por homicídio, quando comparado com os resultados de cidades do seu mesmo porte populacional, evidenciando uma tendência crescente e de grande magnitude nos anos estudados. A distribuição dessas mortes apresentou heterogeneidade dentro do próprio território, com um maior risco de morte para os indivíduos residentes na região central e região oeste. A ocorrência de tais eventos foi mais constante nos finais de semana, durante o turno da noite e em vias públicas. A arma escolhida pelos agressores foi a armas de fogo. Na gênese do homicídio, o tráfico de drogas, a vingança e os motivos fúteis motivaram significativamente a sua ocorrência.

REFERÊNCIAS

- 1 Andrade TLB, Xavier LMG; Barbosa VA, Caldeira AP. Male mortality due to external causes in the State of Minas Gerais, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; 18(3): 711-719 .
- 2 Cavalcanti AL, Bárbara VBM. Mortalidade por causa externa Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Sci Med*. 2008; 18(4): 160-165.
- 3 Jorge MHPM, Gawryszewski VP, Vilma P; Latorre MRDO. Análise dos dados de mortalidade. *Rev. Saúde Pública*. 1997; 31(4).
- 4 Barbosa AMF, Ferreira LOC, Barros MDA. Homicídios e condição de vida na cidade do Recife, Pernambuco. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011.
- 5 Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 6 Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; (11).

- 7 Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Mortalidade. Brasília (DF); [acesso em 2011 Set 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 8 Stickley A, Leinsalu M, Kunst AE, Bopp M, Strand BH, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in homicide mortality: a populationbased comparative study of 12 European countries, *Eur J Epidemiol*. 2012; 877–884.
- 9 Waiselfisz JJ. Mapa das mortes violências. Estudos avançados 21 (61), 2007.
- 10 Nóbrega Júnior JMP. A dinâmica dos homicídios no Nordeste e em Pernambuco. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*. 2011; 3: 51-74.
- 11 Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis Ilka A, Almeida MCM. Conglomerados de Homicídios e o Tráfico de Drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad Saude publica*. 2001; 17(5):163-171.
- 12 Nóbrega Júnior JMP. A dinâmica dos homicídios no Nordeste e em Pernambuco. *Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social*. 2011; 3: 51-74.
- 13 Zavala-Zegarra DE, López-Charneco M, Garcia-Rivera EJ, Concha-Eastman A, Rodriguez JF, Conte-Miller M. Distribución del riesgo Geográfica de muerte por homicidio en Puerto Rico, 2001-2010. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 32(5).
- 14 Cavalcanti A L, Alencar C R B, Xavier A F C, Cavalcanti C L. Violent Deaths and Maxillofacial Injuries in Children and Adolescents in Campina Grande, PB, Brazil. *Acta Stomatol Croat*. 2011; 45(4):268-275.
- 15 Lukaschek K, Erazo N, Baumert J, Ladwig K. Suicide Mortality in Comparison to Traffic Accidents and Homicides as Causes of Unnatural Death. An Analysis of 14,441 Cases in Germany in the Year 2010. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 924-931.
- 16 Nadanovsky P, Celeste RK, Wilson M, Daly M. Homicide and impunity: an ecological analysis at state level in Brazil. *Rev Saúde Pública*; 2009;43(5):733-42
- 17 González-Pérez GJ, Vega-López MG, Cabrera-Pivaral CE Vega-López A, Torre AML. Deaths by homicide in Mexico:trends, socio-geographical variations and associated factors. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17 (12): 3195-3208.
- 18 CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Drowning - United States, 2005-2009. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Weekly. 2012; 61(19):344-347.
- 19 Gawryszewski VP, Kahn T, Jorge MHPM. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39 (4): 627-33.
- 20 Mascarenhas MDM, Andrade SSSA, Neves ACM, et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. *Ciência & Saúde Coletiva*.

2012; 17(9):2331-2341.

21 Zilli LF, Vargas JD. O trabalho da polícia investigativa face aos homicídios de jovens em Belo Horizonte, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(3):621-632.

22 Brasil. Constituição (1988). Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988

23 Mercy JA, Krug EG, Dahlberg LL, Zwi AB. Violence and health: the United States in a global perspective. *Am J Public Health*. 2003;92:256-61.

24 Castro MSM, Silva BFA, Assunção RM, Filho CCB. Regionalização como estratégia para a definição de políticas públicas de controle de homicídios. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20(5):1269-1280.

4. 2 ARTIGO II

CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE, PARAÍBA.

Guêdijany Henrique Pereira¹, Rogêria Máximo de Lavôr¹, Paula Renata Florêncio Mendes¹, Eloiza Leonardo de Melo², Alessandro Leite Cavalcanti³

1. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

2. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

3. Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba.

Correspondência:

Guêdijany Henrique Pereira. Rua Irineu Joffily, n.245, Centro, CEP: 58.400-270, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Email: guedijany@gmail.com

Telefones: (83) 96297565/88838747

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas de homicídios no município de Campina Grande, Paraíba.

METODOLOGIA: Estudo transversal censitário, por meio da análise de 448 inquéritos de vítimas de homicídios registrados na 2ª Delegacia Regional da Polícia Civil, no período entre 2008 a 2011. O banco de dados foi elaborado utilizando-se o Software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. As informações foram analisadas por meio da estatística descritiva (distribuições absolutas e percentuais), médias e desvio padrão. Para as análises bivariadas foram empregados os Testes do Qui-Quadrado, Exato de Fisher e Razão de prevalência, considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p < 0,05$.

RESULTADOS: A idade das vítimas variou de 0 a 83 anos, sendo a média 32,6 anos e mediana de 26,0 anos. A faixa etária mais atingida foi de 20 a 29 anos (34,6%), sexo masculino (94,6%), solteiros (53,8%), com baixo grau de escolaridade (41%), moravam no bairro onde aconteceu o crime (51%), não estavam alcoolizados (59,6%), tinham envolvimento com drogas (35,3%) e antecedentes criminais (36,6%). O meio mais utilizado pelos agressores para cometer o assassinato foi a arma de fogo (81,5%). Com relação à motivação do crime, observou-se que entre o sexo masculino o tráfico de drogas e a vingança foi a principal causa (19,8%), enquanto que no sexo feminino, houve maior número de homicídios relacionado ao motivo passional (34,8%). Verificou-se associação entre a motivação do crime e a quantidade de lesões encontradas na vítima ($p < 0,001$), bem como, entre o número de lesões e o envolvimento da vítima com drogas ($p < 0,001$), antecedentes criminais ($p < 0,001$) e situação carcerária ($p < 0,001$).

CONCLUSÃO: Os jovens solteiros, do sexo masculino, com baixo grau de escolaridade foram os principais atores desses eventos. O meio mais utilizado pelos agressores para cometer um assassinato foi à arma de fogo. Observou-se uma associação dos homicídios com o tráfico de drogas, vingança e motivos fúteis. As reflexões concorrem, portanto, para um planejamento de ações e execução de medidas que possibilitem a redução de tais eventos nessa população.

Palavras-chaves: Mortalidade; Homicídios; vítimas de crime.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the epidemiology profile of homicide victims in Campina Grande, Paraíba.

METHODOLOGY: Cross-sectional census study through the analysis of 448 police inquiries of homicide at the 2nd Police Station in Campina Grande, Paraíba from 2008 to 2011. The database was developed using the SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences) version 18.0. The data were analyzed by descriptive statistics (absolute and percentage distributions), mean and standard deviation. The bivariate analyses used chi-square and Fisher's Exact tests and prevalence ratio considering the value for rejecting the null hypothesis at $p < 0.05$.

Results: The age of the homicide victims ranged from 0 to 83 years, with mean of 32.6 years and median of 26.0 years. The most affected age group was 20-29 years (34.6%), male (94.6%), single people (53.8%), with low educational level (41%), living in the neighborhood where the crime took place (51%), were not drunk (59.6%), involved with drugs (35.3%) and with a criminal history (36.6%). The weapon of choice was firearm (81.5%). With respect to crime motivation, it was observed that among males, drug trafficking and revenge was the main cause (19.8%), whereas among females, there was a high number of homicides related to passion reasons (34.8%). There was an association between crime motivation and the amount of injuries found on the victim ($p < 0.001$), as well as number of lesions and the victim involvement with drugs ($p < 0.001$), criminal history ($p < 0.001$) and prison situation ($p < 0.001$).

Conclusion: Young single and male individuals with low education level were the main actors of these events. The weapon of choice was firearm. An association between homicide and drug trafficking, revenge and trivial reasons was observed. Reflections point out for the planning of actions and execution of measures to reduce these events.

Keywords: Mortality; Homicide; Homicide victims

INTRODUÇÃO

O impacto da violência sobre o perfil de saúde da população nos grandes centros urbanos brasileiros é uma realidade e tem sido incorporada na agenda das ações de saúde. O

homicídio é a principal causa de mortes violentas dentro do capítulo das causas externas¹, o que é sustentado pela análise dos registros encontrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do departamento de informática do SUS (DATASUS)².

Entre as taxas de mortalidade por causas externas, os homicídios destacam-se em termos de sua magnitude. A Organização Mundial de saúde (OMS), afirmou que o Brasil situava-se entre os três primeiros países com as maiores taxas de mortalidade por homicídios³. Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM), enquanto que em 1980, 13.910 pessoas foram assassinadas no Brasil, em 2010 foram registrados 49.932 homicídios. A análise desses dados para a população brasileira mostra que os homicídios permanecem em 1º lugar entre as mortes por causas externas².

O perfil de mortalidade por violência no Brasil segue a tendência mundial: maior concentração nas Regiões Metropolitanas, maior incidência sobre o sexo masculino e no grupo de adolescentes e adultos jovens, chegando a ser a primeira causa de mortalidade nas idades entre 15 e 34 anos, em algumas metrópoles. Esse fato evidencia um quadro de mortes prematuras e alterações na estrutura demográfica, constituindo um dos principais fatores da mudança observada no padrão etário da mortalidade brasileira⁴.

A evolução dos homicídios como um indicador de violência, tem refletido na Paraíba o dinamismo crescente que tem acontecido no mundo. A taxa de homicídios no município de Campina Grande está acima da média nacional para cidades do seu mesmo porte populacional, a média nacional é de 32,3 homicídios por cem mil habitantes, enquanto que em Campina Grande essa taxa é de 39,6 mortes²⁴.

Considerado a magnitude desse agravo, e os danos ocasionados por ele, visto serem os jovens das regiões metropolitanas os mais atingidos, entendendo que estas pessoas estão no início de sua vida produtiva⁷. Essas perdas precoces de vida expressão reflexos na expectativa de vida da população. A redução das mortes por causas externas representa um grande desafio tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento⁸.

Diante da magnitude que a violência atingiu no Brasil, em 2001, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta política, instrumento orientador de atuação da saúde nesse contexto, enfatiza os fundamentos de promoção da saúde relativos ao fortalecimento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade de um modo geral para desenvolver, melhorar e manter condições e estilos de vida saudáveis⁵.

O monitoramento desses eventos constitui elemento por excelência para o conhecimento de suas tendências e impacto das intervenções de políticas públicas empregadas

para reduzir os índices e melhorar os serviços de saúde⁹. O homicídio constitui um bom indicador da violência, de modo que uma análise da mortalidade por esta causa no município de Campina Grande, do ponto de vista da saúde pública, visa conhecer o diagnóstico desse evento, por meio de suas características, o que possibilitará um melhor planejamento e execuções de medidas específicas que possam contribuir para redução da violência e homicídios, contribuindo para uma melhor qualidade e expectativa de vida neste município. Nessa perspectiva, o objetivo do presente estudo é caracterizar o perfil epidemiológico das vítimas de homicídios no município de Campina Grande, Paraíba.

METODOLOGIA

Estudo transversal e documental, realizado em uma cidade do nordeste Brasileiro, sendo esta a cidade mais populosa do estado da Paraíba, depois da capital, de acordo com estimativas do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e estatística) em 2011, a população de Campina Grande era de 387 644 habitantes. Os dados foram coletados na 2ª Delegacia Regional da Polícia Civil. Esta instituição é encarregada de fazer a investigação criminal dos Homicídios nesse município e em seus distritos, sendo responsável pelos registros e apuração das infrações penais e conseqüentemente da instauração do procedimento de investigação denominado Inquérito Policial.

Foram analisados os inquéritos policiais das vítimas de homicídios ocorridos no período entre 2008 a 2011. O instrumento de coleta de dados consistiu de um formulário específico, elaborado a partir da análise do inquérito policial, sendo os dados coletados por dois pesquisadores treinados no período de julho a novembro de 2012, com base nos seguintes documentos do inquérito: ficha de investigação da delegacia de polícia, boletim de ocorrência e laudos médicos do Instituto de Polícia Científica do Estado da Paraíba. As variáveis analisadas foram: sexo da vítima, idade, escolaridade, ocupação, estado civil, antecedentes criminais, envolvimento com drogas ilícitas, uso de álcool, morava no bairro do crime, quantidade de lesões presentes e local da lesão.

Para essa análise utilizou-se como critério de exclusão os inquéritos que estavam incompletos, ou seja, aqueles nos quais não estavam anexados o boletim de ocorrência e o laudo médico do Instituto Médico Legal simultaneamente. Dos 626 inquéritos policiais, foram excluídos 178 (28,1%), correspondendo a uma amostra final de 448 inquéritos policiais.

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o Software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. As informações foram analisadas por meio da estatística

descritiva (distribuições absolutas e percentuais), médias e desvio padrão. Para a análise bivariada foi empregado o Teste do Qui-Quadrado e a Razão de prevalência, considerando-se o valor para rejeição da hipótese nula de $p < 0,05$.

A pesquisa seguiu as normas nacionais e internacionais, sendo registrada no Sistema Nacional de ética e pesquisa (SISNEP) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

RESULTADOS

A idade das vítimas variou de 0 a 83 anos, com média de 32,6 anos, mediana igual a 26,0 anos e desvio padrão ($\pm 21,9$). A faixa etária mais atingida foi de 20 a 29 anos. (Tabela 1). Observou-se ainda que, ao longo dos anos estudados, 94,9% das vítimas foram do sexo masculino, chegando a atingir proporções de 57:1 com relação ao sexo feminino na faixa etária 10 a 19 anos.

Tabela 1: Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a faixa etária e o sexo da vítima.

Faixa Etária	Sexo da Vítima				Total		Razão entre os sexos	Valor de p
	Masculino		Feminino		n	%		
	n	%	n	%				
0-9	3	0,7	1	4,3	4	0,9	3: 1	
10-19	114	26,8	2	8,7	116	25,9	57:1	
20-29	150	35,3	5	21,7	155	34,6	30:1	
30-39	81	19,1	8	34,8	89	19,9	10,13:1	p<0,008
40-49	31	7,3	3	13	34	7,6	10,33:1	
50-59	8	1,9	0	0,0	8	1,8	---	
> 60	6	1,4	2	8,7	8	1,8	3:1	
Total	393	100	21	100	414	100	18,71:1	

* Em 34 inquéritos não havia o registro da idade.

Constatou-se que 53,8% eram solteiros, com baixo grau de escolaridade (41%), a maioria morava no bairro onde aconteceu o crime (51%). Entre as vítimas nas quais foram possíveis identificar se houve consumo de álcool, observou-se que 267 (59,6%) não estavam alcoolizadas, tinham envolvimento com drogas (35,3%) e antecedentes criminais (36,6%). No

entanto, um fato expressivo foi constatado quanto ao envolvimento da vítima com drogas e antecedentes criminais. Em 2008, 38,71% das vítimas tinham envolvimento com drogas e aproximadamente 40% delas tinham antecedentes criminais. Já para o total de casos registrados em 2011, o percentual de vítimas envolvidas com drogas foi de 60,67% e as que tinham antecedentes criminais foi de 54,81%.

Das vítimas em que foi possível identificar a situação carcerária, 226 (50,4%) nunca foram detidos, eram ex. presidiários 97 (21,7%), estavam detidos em regime fechado 3 (0,7%) e em regime aberto 19 (4,2%). Em 18,3% não havia o registro dessa informação. Além disso, observou-se que 58% das vítimas trabalham de forma autônoma. Vale ressaltar ainda que a ocorrência da maioria dessas características aumentou, entre os anos de 2008 e 2011.

Tabela 2: Distribuição da mortalidade por homicídios segundo características da vítima e ano da ocorrência.

Vítima	Ano de Ocorrência							
	2008		2009		2010		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Alcoolizada								
Sim	13	22,4	5	6,5	28	25,0	23	25,5
Não	45	77,5	71	93,4	84	75,0	67	74,4
Envolvimento com Drogas								
Sim	24	38,7	34	45,9	46	48,9	54	60,6
Não	38	61,2	40	54,0	48	51,0	35	39,3
Antecedentes Criminais								
Sim	25	40,3	29	39,1	53	46,4	57	54,8
Não	37	59,6	45	60,8	61	53,5	47	45,1
Morava no Bairro								
Sim	29	46,0	55	65,4	86	62,7	60	48,7
Não	34	53,9	29	34,5	51	37,2	63	51,2
Situação Carcerária								
Nunca fora preso	47	77,0	61	76,2	71	61,2	47	43,1
Presidiário: regime fechado	1	1,6	2	2,5	0	0,0	0	0,0
Presidiário: regime semi-aberto	4	6,5	6	7,5	3	2,5	6	5,5
Ex-presidiário	9	14,7	11	13,7	39	33,6	38	34,8
Menor	0	0,0	0	0,0	3	2,5	18	16,5

O meio mais utilizado pelos agressores para cometer o assassinato foi a arma de fogo (81,5%), existindo associação significativa ($p < 0,019$), entre as variáveis “homicídio por arma

de fogo” e “sexo da vítima”, com os homens apresentando uma Razão de Prevalência três vezes maior de serem assassinados com esse tipo de arma do que as mulheres [RP: 3,03(1,22-7,53)].

Tabela 3: Associação entre gênero e a ocorrência de homicídios por arma de fogo.

Sexo	Homicídio por Arma de Fogo				Valor de p	RP IC95%
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Masculino	351	96,16	66	89,19	p= 0,019*	3,03 (1,22-7,53)
Feminino	14	3,84	8	10,81		
Total	365	100	74	100		

*Em 9 inquéritos não havia o registro do tipo de arma.

A partir da distribuição da motivação do crime na Tabela 4, percebe-se que os homicídios foram motivados principalmente pelo tráfico de drogas (19,9%), vingança (18,8%) e causas fúteis (18,3%). Identificou-se associação significativa entre as variáveis “motivação do homicídio” e o “sexo da vítima” ($p < 0,001$). O sexo masculino foi o mais atingido, apresentando maior percentual para as mortes relacionadas ao tráfico de drogas (18,8%) e vingança (18,8%). Já para o sexo feminino, foi observado diferenças nestas categorias, havendo maior número de homicídios relacionado ao motivo passional (1,8%) seguido do tráfico de drogas (1,1%). A razão homem:mulher nos homicídios por motivos fúteis, tráfico de drogas e vingança, atingiu a razão de 19,5:1, 16,8:1 e 84:0 respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a motivação e sexo.

Motivação	Sexo da vítima				Total	Razão entre os sexos	Valor de p
	Masculino		Feminino				
	n	%	n	%			
Fúteis	78	17,4	4	0,9	82	18,3	p<0,001
Tráfico de drogas	84	18,8	5	1,1	89	19,9	
Vingança	84	18,8	0	0,0	84	18,8	
Passional	34	7,6	8	1,8	42	9,4	
Latrocínio	32	7,1	2	0,4	34	7,6	
Outros motivos	79	17,6	3	0,7	82	18,3	
Não identificados	34	7,6	1	0,2	35	7,8	
Total	425	94,9	23	5,1	448	100	18,4:1

Analisando a motivação ao crime em relação à faixa etária, observou-se uma associação ($p < 0,014$) para a faixa dos 10 – 19 anos, sendo a principal motivação do homicídio o tráfico de drogas (33,9%), entre os 20 – 29 anos de idade morre-se mais pelo motivo de vingança (26,8%) e na faixa etária entre os 40 – 49 e acima de 50 anos houve predomínio dos homicídios após roubos (latrocínio) (20,6%) e (25%) respectivamente.

Tabela 5: Distribuição da mortalidade por homicídios segundo a motivação e faixa etária.

Motivação	Faixa Etária												Total	Valor de p	
	0 a 9		10 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		≥ 50				
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%			
Fúteis	1	33,3	15	13,8	26	18,8	20	24,7	5	14,7	4	25	71	18,6	
Tráfico de drogas	0	0	37	33,9	24	17,4	15	18,5	3	8,8	1	6,3	80	21	
Vingança	0	0	16	14,7	37	26,8	17	21	7	20,6	1	6,3	78	20,5	
Passional	0	0	12	11	16	11,6	8	9,9	4	11,8	2	12,5	42	11	$p < 0,01$
Latrocínio	0	0	9	8,3	10	7,2	3	3,7	7	20,6	4	25	33	8,7	
Outros motivos	2	66,7	20	18,3	25	18,1	18	22,2	8	23,5	4	25	77	20,2	
Total	3	100	109	100	138	100	81	100	34	100	16	100	381	100	

*Em 67 inquéritos não havia o registro da motivação e sexo

Ainda com relação à motivação do crime, foi possível identificar uma associação significativa ($p < 0,001$) quando relacionado com a quantidade de lesões na vítima. Os homicídios que provocaram múltiplas lesões, estão associados a vingança (83%) e motivação passional (83%), enquanto as lesões únicas estão associadas ao latrocínio (32%) e aos motivos fúteis (17,4%).

Tabela 6: Relação entre a motivação do crime e quantidade de lesões.

Motivação	Quantidade de Lesões				Total	Valor de p
	Única		Múltipla			
	n	%	n	%		
Fúteis	14	19,4	59	19,5	73	19,5
Tráfico de Drogas	10	13,9	69	22,8	79	21,1
Vingança	10	13,9	70	23,2	80	21,4
Passional	5	6,9	35	11,6	40	10,7
Latrocínio	11	15,3	19	6,3	30	8,0
Outros motivos	22	30,6	50	16,6	72	19,3
Total	72	100	302	100	374	100

*Em 74 inquéritos não havia o registro da quantidade de lesões.

Por sua vez, os homicídios que provocaram lesões múltiplas estão fortemente associados com vítimas que tinham envolvimento com drogas (53,74%), com antecedentes criminais (50,38%); que eram presidiários ou ex-presidiários (35,47%) e que foram atingidas na cabeça (56,20%) ou face (31,40%).

Tabela 7. Associação entre as características da vítima e quantidade de lesões.

Características da Vítima	Quantidade de Lesões				Valor de p
	Única		Múltipla		
	n	%	n	%	
Envolvimento com Drogas					
Sim	19	33,33	122	53,74	*p<0,007
Não	38	66,67	105	46,26	
Antecedentes Criminais					
Sim	16	26,67	131	50,38	*p< 0,001
Não	44	73,33	129	49,62	
Situação Carcerária					
Nunca fora preso	51	76,12	158	59,62	**p<0,001
Presidiário/Ex-presidiário	10	14,93	94	35,47	
Atingido na Cabeça					
Sim	29	42,03	145	56,20	*p<0,041
Não	40	57,97	113	43,80	

* Através do teste de qui-quadrado.

** Através do teste Exato de Fisher generalizado

DISCUSSÃO

A violência deve ser entendida como um fenômeno articulado a um problema

estrutural e social ao qual a sociedade está exposta¹⁰. O seu impacto sobre o perfil de saúde da população nos grandes centros urbanos brasileiros é uma realidade e tem sido incorporada na agenda das ações de saúde¹¹.

Pode-se identificar que jovens na faixa etária de 20 a 29 anos e do sexo masculino foram os mais acometidos, confirmando achados de outros autores^{6,12,13,14}. Esse fato pode ser relacionado a uma maior exposição destes aos riscos, pela escolha de atividades perigosas, superestimação de suas capacidades físicas, assim como pelo uso mais comum de bebidas alcóolicas¹⁵. Essas perdas precoces de vida já apresentam reflexos na expectativa de vida da população. O que por sua vez afeta de maneira negativa o desenvolvimento social e econômico das comunidades, tornando-se ônus significativo, para as populações de todo mundo⁶.

Observou-se ainda que esses jovens vitimados apresentaram um baixo grau de instrução, eram solteiros e moravam no bairro do crime. Partindo do pressuposto que a violência é fruto de um complexo de interação de fatores individuais e contextuais que influenciam comportamento¹⁶. O nível de instrução pode ter impacto sobre a ocorrência de homicídio, visto que, uma maior educação pode facilitar o desenvolvimento da capacidade de raciocínio e habilidades eficazes para resolver problemas. Isso está de acordo com o fato de que os homens com baixas condições sócio-econômicas são mais provável que seja discutidor¹⁷ e que muitos homicídios podem ocorrer entre pessoas que têm características comparáveis e que vivem em situações sociais semelhantes¹⁸.

Os resultados de uma pesquisa realizada na África mostraram fatores que reduzem os riscos de se tornar uma vítima de homicídio, entre eles, ter um nível superior de educação, viver com outra pessoa, não beber com frequência, não uso abusivo de drogas. O estudo destaca ainda a importância da promoção da saúde, visando a coesão e o bom relacionamento familiar como forma de proteção dos indivíduos de se envolver em violência¹⁹.

A elevada taxa de vítimas envolvidas com drogas e com antecedentes criminais, justifica uma forte relação com o aumento do número de homicídios, o que por sua vez provoca a prisão de mais acusados, aumentando assim o percentual de criminosos com passagens anteriores pela polícia.

O instrumento mais utilizado pelos agressores para cometer um assassinato é a arma de fogo. Essas armas são reconhecidamente mais prováveis de resultar em morte do que qualquer outra, sendo fortes aliadas do aumento da violência⁶. Identificou-se que com relação a essa arma os homens têm 3,03 mais chances de serem acometidos por essas lesões do que as mulheres [RP 3,03(1,22-7,53)].

Com relação a motivação do crime, pode-se observar que entre o sexo masculino o motivo relacionado ao tráfico de drogas e a vingança foi a principal causa, enquanto que no sexo feminino, foi observado diferenças nestas categorias, havendo maior número de homicídios relacionado ao motivo passional. Frequentemente nos crimes passionais, as características masculinas como a possessividade e a dominação, justifica o número exorbitante de homicídios praticados contra mulheres diariamente em razão de ciúmes e traições²⁰. Segundo Heise et al. (1994), a violência presente nas relações de gênero é um sério problema para mulheres em todo mundo.

Analisando a motivação do crime e a faixa etária, observou-se que, nas faixa etárias mais jovens o tráfico de drogas, motivo fúteis e vingança são mais presentes, enquanto que na faixa etária acima dos 40 anos o latrocínio, que é o roubo seguindo da morte é o mais prevalente.

Ainda com relação a motivação do crime, foi possível identificar que, os homicídios que provocaram múltiplas lesões, estão associados a vingança (83%) e motivação passional (83%). Por sua vez, homicídios que provocaram múltiplas lesões estão associados com vítimas que tinham envolvimento com droga, com antecedentes criminais e que foram atingido na cabeça. Dando um indicativo de execução e crueldade por parte do agressor. Enquanto as lesões únicas estão associadas ao latrocínio (32%) e aos motivos fúteis (17,4%).

Ao longo das últimas duas décadas, os homicídios passaram a ser consumados com maior nível de violência, este dado sugere que os homicídios passaram a ser consumados com armas de fogo mais letais, associados à atuação de gangues de traficantes em favelas das grandes cidades brasileiras, esses fatores agregaram maior complexidade ao fenômeno dos homicídios, já que as mortes tornaram-se decorrência não apenas de conflitos de âmbito comunitário, mas também de intrincados processos de estruturação de atividades criminosas, bastante difíceis de serem plenamente compreendidos e apurados²¹. Talvez isto explique as baixas taxas brasileiras de esclarecimento de homicídios dolosos, cuja medida é obtida pela razão entre o volume de ações penais e o volume de ocorrências¹³.

A violência vem se tornando um ônus significativo para as populações de todo o mundo e diminuir sua morbi-mortalidade é um dos principais desafios para a saúde pública⁶. Embora de grande complexidade, é um problema que pode ser compreendido e mudado. A mortalidade por causa evitável é concebida como um indicador de potenciais fraquezas nos cuidados de saúde e de saúde pública, apresentando-se como uma ferramenta adequada para indicação e alerta dos problemas que poderiam não ter existido²².

A premissa assumida, neste artigo, é de que a implementação de políticas públicas de

controle de homicídios baseada em estratégias locais de controle deve levar em consideração as semelhanças e diferenças existentes entre as cidades ou regiões. Ou seja, as propostas de intervenção das políticas públicas devem ser pautadas em diagnósticos que levem em consideração as características específicas de cada região²³.

Neste sentido, a violência deve ser compreendida em um contexto complexo, fazendo-se urgente e necessária a execução de ações para redução dos casos. Estas ações precisam estar inseridas no cenário em que estes eventos ocorrem, e articuladas aos atores envolvidos, tais como: indivíduos, famílias e coletividades, serviços de saúde, educação, cultura e assistência social, gestores, entidades religiosas e demais setores da sociedade, atuando direto e indiretamente sobre as condições e determinantes que possibilitam sua ocorrência.

CONCLUSÃO

O perfil das vítimas de homicídio no município estudado caracterizou-se por jovens, do sexo masculino, solteiros, com baixo grau de escolaridade, que moravam no bairro onde aconteceu o crime. Entre o sexo masculino o motivo relacionado ao tráfico de drogas e a vingança foi a principal causa, enquanto que no sexo feminino, o maior número de homicídios foi relacionado ao motivo passional.

REFERÊNCIAS

- 1 Camargo ECG, Druck S, Monteiro AMV, Freitas CC, Câmara G. Mapeamento do risco de homicídio com base na co-krigeagem binomial e simulação: um estudo de caso para São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(7): 1493-1508.
- 2 Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Mortalidade. Brasília (DF); [acesso em 2011 Set 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 3 OPAS/OMS, Repercussão da violência na saúde das populações americanas, 2003.
- 4 Costa IER, Ludermir AB, Avelar I. Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12:1193-1200.
- 5 Nóbrega Júnior JMP. A dinâmica dos homicídios no Nordeste e em Pernambuco. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. 2011; 3: 51-74.
- 6 Gawryszewski VP, Kahn T, Jorge MHPM. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (4): 627-33.
- 7 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 – 412.
- 8 Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 9 Cavalcanti AL, Monteiro BVB. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Sci. Med*. 2008; 18(4):160-165.
- 10 Garbin CAS, Rovida TAS, Joaquim RC, Paula AM, Guimarães e Queiroz APD. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Rev. Bras. Enferm*. 2011; 64(4):665-670.
- 11 Camargo ECG, Druck S, Monteiro AMV, Freitas CC, Câmara G. Mapeamento do risco de homicídio com base na co-krigeagem binomial e simulação: um estudo de caso para São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(7):1493-1508.
- 12 Soares-Filho AM, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar PA, Silva MMA, Morais-Neto OL. Análise da Mortalidade por homicídio no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2007; 16(1): 7 – 18.
- 13 Zilli LF, Vargas JD. O trabalho da polícia investigativa face aos homicídios de jovens em Belo Horizonte, *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):621-632.
- 14 Zavala-Zegarra DE, López-Charneco M, Garcia-Rivera EJ, Concha-Eastman A, Rodriguez JF, Conte-Miller M. Distribución del riesgo Geográfica de muerte por homicídio en Puerto Rico, 2001-2010. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 32(5).
- 15 CDC, Centers for Disease Control and Prevention. Drowning - United States, 2005-2009. U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Weekly. 2012; 61(19):344-347.
- 16 Brasil. Ministério da saúde. Impacto da violência na saúde do brasileiros. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- 17 Markowitz FE, Felson RB. Social-demographic attitudes and violence. *Criminology*. 1998;36:117–38.
- 18 Stickley A, Leinsalu M, Kunst AE, Bopp M, Strand BH, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in homicide mortality: a populationbased comparative study of 12 European countries, *Eur J Epidemiol*. 2012; 877–884.
- 19 Kibusi SM, Ohnishi M, Outwater A, Seino K, Kizuki M, Takano T. Sociocultural factors that reduce risks of homicide in Dar es Salaam: a case control study. 2013; 10.1136.
- 20 Fernandes BR, Pignatari NDG. CRIME PASSIONAL E PRECONCEITO DE GÊNERO NA SOCIEDADE BRASILEIRA, 2012 disponível em

http://www.linhasjuridicas.com.br/artigo.php?op=ver&id_artigo=110.

21 Beato Filho CC. *Crime e Cidades* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 2010.

22 Lukaschek K, Erazo N, Baumert J, Ladwig K. Suicide Mortality in Comparison to Traffic Accidents and Homicides as Causes of Unnatural Death. An Analysis of 14,441 Cases in Germany in the Year 2010. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 924-931.

23 Castro MSM, Silva BFA, Assunção RM, Filho CCB. Regionalização como estratégia para a definição de políticas públicas de controle de homicídios. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1269-1280.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da mortalidade por homicídios no município de Campina Grande evidenciou um elevado coeficiente de mortalidade por homicídio. A distribuição dessas mortes nesse município apresentou heterogeneidade dentro do seu próprio território. A ocorrência de tais eventos é mais constante nos finais de semana, durante o turno da noite, em meses correspondentes as festas juninas e em vias públicas. A arma escolhida pelos agressores foi a armas de fogo.

O perfil das vítimas de homicídio no município estudado caracterizou-se por jovens, do sexo masculino, solteiros, com baixo grau de escolaridade, que moravam no bairro onde aconteceu o crime e não estavam alcoolizados. Entre o sexo masculino o motivo relacionado ao tráfico de drogas e a vingança foi a principal causa, enquanto que no sexo feminino, o maior número de homicídios foi relacionado ao motivo passional.

Diante do exposto, o estudo apresenta a dinâmica da mortalidade por homicídios, apontando a magnitude da problemática e o impacto gerado na população do município em questão. Tais reflexões acerca da temática concorrem para um planejamento de ações e execução de medidas no setor saúde em articulação com os demais setores, a saber, educação, infraestrutura, segurança pública, entre outros, que possibilitem a redução destes casos, bem como uma melhor qualidade e expectativa de vida.

Neste sentido, o presente estudo configura-se como um instrumento importante para a elaboração de ferramentas no âmbito da saúde pública, assim como para a consecução de novas pesquisas.

6 REFERÊNCIAS

- 1 OPAS/OMS, **Repercussão da violência na saúde das populações americanas**, 2003.
- 2 Ministério da saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília (DF); 2005.
- 3 Gawryszewski VP, Kahn T, Jorge MHPM. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39 (4): 627-33.
- 4 Barbosa AMF, Ferreira LOC, Barros MDA, Homicídios e condição de vida na cidade do Recife, Pernambuco. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(2):141-150.
- 5 Stickley A, Leinsalu M, Kunst AE, Bopp M, Strand BH, Martikainen P, et al. Socioeconomic inequalities in homicide mortality: a populationbased comparative study of 12 European countries, *Eur J Epidemiol*. 2012; 877–884.
- 6 Ministério da Saúde, DATASUS/Sistema de Mortalidade. Brasília (DF); [acesso em 2011 Set 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- 7 Souza, ER.; Lima, MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 11: 1211-1222.
- 8 Nóbrega Jr JM, Universidade Federal de Campina Grande [base de dados na Internet] [acesso em 2011 Set 12]. Disponível em: http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=11644
9. Cavalcanti AL, Monteiro BVB. Mortalidade por causas externas em adultos no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Sci. Med*. 2008; 18(4):160-165.
10. Silva JJB. et al. Doenças e Agravos não-transmissíveis: Bases epidemiológicas. In: Rouquayrol MZ; Almeida FN. *Epidemiologia e saúde*. 2003; 6. 289- 312.

11. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2005; 8(2): 194-204.
12. Cocco M, Lopes MJM. Morbidade por causas externas em adolescentes de uma região do município de Porto Alegre. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2010; 12(1): 89-97.
- 13 Andrade SM. et al. Homicídios de homens de quinze a 29 anos e fatores relacionados no estado do Paraná, de 2002 a 2004. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(1):1281-1288.
- 14 Hungria, N. Fragoso, H. Comentários ao código penal. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense, 1979; 5. 26-27.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde. CÓDIGO PENAL; CÓDIGO DE PROCESSO PENAL; CONSTITUIÇÃO FEDERAL. São Paulo: 2012
- 16 Lozada EMK, Mathias TAF, Andrade SM, Aidar T. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(1): 223-228.
- 17 Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1) 7-18.
- 18 Coelho HV, Nami MC, Trevisan CL, Guerino AC. Incidência de homicídios por armas de fogo em Foz do Iguaçu, Paraná no período de 2000 a 2006. *Pleiade*. 2008;. 2(1) 93-102.
- 19 Oliveira ACR. Violências e Acidentes no contexto da saúde: revisão de literatura. Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Taiobeiras, Minas Gerais, 2010.
- 20 Lima ML. C. Sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências Hoje. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14(5)1650-1656.
- 21 Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. In: Marconi M A, Lakatos E M. Fundamentos de Metodologia Científica. 7 ed. São Paulo (SP): Atlas, 2010; p:157-161.

22 Lakatos EM, Marconi MA. Metodologia Científica. Edição. Atlas, 2003.

23 Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev. Bras. Hist. Ciênc. Soc.* 2009; 1(1):1-15.

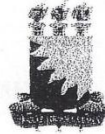
24 Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, 1996.

APENDICE A

Instrumento para Coleta dos Dados - Homicídio		
Nº do Registro: _____		
PRÉ-INVESTIGAÇÃO		
N	Variável	Categorias
01	Ano	1. () 2008 2. () 2009 3. () 2010 4. () 2011
02	Bairro	
03	Região	1. () Norte 2. () Sul 3. () Leste 4. () Oeste
04	Sexo da Vítima	1. () Masculino 2. () Feminino
05	Ausência de BO e Laudo do IML	1. () Sim 2. () Não
INVESTIGAÇÃO		
Caracterização do Homicídio		
01	Tipo de Homicídio:	1. () Homicídio Simples 2. () Múltiplo Homicídio
02	Mês	1. () janeiro 2. () fevereiro 3. () março 4. () abril 5. () maio 6. () junho 7. () julho 8. () agosto 9. () setembro 10. () outubro 11. () novembro 12. () dezembro
03	Dia da semana (levar calendário)	1. () segunda 2. () terça 3. () quarta 4. () quinta 5. () sexta 6. () sábado 7. () domingo 99. () NR
04	Horário	1. () madrugada 2. () manhã 3. () Tarde 4. () noite 99. () NR
05	Motivação do Homicídio	1. () Fúteis 2. () Trafico de drogas 3. () Vingança 4. () Passional 5. () Latrocínio 8. () Outros 99. () NR
06	Local do homicídio	1. () Residência 2. () via pública 3. () Estabelecimento prisional 4. () Estabelecimento comercial 5. () NR
07	Meio utilizado	1. () Arma de Fogo 2. () Arma Branca 3. () Ambos 4. () Outros 99. () NR
08	Número de Projéteis	1.() 2.() 3.() 4.() 5.() Acima de 5.()
Caracterização da Vítima		
09	Variáveis	Categorias
10	Sexo	1. () Masculino 2. () Feminino
11	Idade	1. () Em anos: 99. () NR
12	Raça	1. () branco 2. () pardo 3. () negro 4. () a definir
13	Estado Civil	1. () Solteiro 2. () Casado 3. () Divorciado 4. () Viúvo 5. () Outros
14	Grau de Escolaridade	1.() Fundamental Completo 2.() Fundamental Incompleto 3.() 4.() Médio Completo 5.() Médio Incompleto 6.() Superior Completo 7.() Superior Incompleto 8.() Pós Graduação

15	Ocupação	
16	Vítima alcoolizada	1.() Sim 2.() Não 3.() à definir
17	Envolvimento com Drogas	1.() Sim 2.() Não 3.() à definir
18	Antecedentes criminais	1.() Sim 2.() Não 3.() á definir
19	Situação carcerária	1.() nunca fora preso 2.() presidiário regime fechado 3.() presidiário regime semi-aberto 4.() ex-presidiário
20	Morava no Bairro do crime	1.() Sim 2.() Não
21	Quantidade de lesões	1.() Única 2.() Múltiplas
22	Local do corpo atingido	1.() Cabeça 2.() Face 3.() Pescoço 4.() tórax 5.() abdômen 6.() dorso 7.() genitália 8.() glúteos 9.() membros superiores 10.() membros inferiores
23	Região do Crânio	1.() Encefálica 2.() Occipital 3.() Temporal 4.() Parietal 5.() Frontal
24	Região da Face	1.() Frontal 2.() Orbitária 3.() Nasal 4.() Geniana 5.() Bucal 6.() Mentoniana 7.() Zigomática 8.() Masseterina 9.() Bucínadora 10.() Palpebral ou Superciliar 11.() Pré-auricular

ANEXO A
AUTORIZAÇÃO DA 2ª DELEGACIA REGIONAL DA POLÍCIA CIVIL



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

Campina Grande, 14 de Setembro de 2011.

Ilmo. Sr.
Dr. Wagner Paiva de Gusmão Dorta
Delegado Regional da 2ª DRPC

Solicitamos a V. Sa. autorização para o acesso da mestrada *Guêdijany Henrique Pereira*, aluna do Programa de Pós-Graduação (Nível Mestrado) em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba, ao Setor de Arquivos desta delegacia, visando a realização da pesquisa intitulada "*Análise da Mortalidade por Homicídio no Município de Campina Grande - PB*", sob minha orientação. Informamos a V. Sa. que o referido trabalho, seguindo os preceitos éticos vigentes, será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Estamos a disposição, a qualquer tempo, para outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Certos de que teremos a vossa atenção, agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Autorizo
Wagner Paiva de Gusmão Dorta
Delegado Regional de Polícia Civil

Em 16/09/2011
2ª DRPC

ANEXO B

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB
CAAE: 0719.0.133.000-11

PARECER: APROVADO (X)
NÃO APROVADO ()
PENDENTE ()

TÍTULO: Avaliação dos Homicídios de Autoria Desconhecida no Município de Campina Grande, Paraíba.

PESQUISADOR (A)/ORIENTADOR (A): Alessandro Leite Cavalcanti

Ao avaliarmos o presente projeto, constatamos a presença da Folha de Rosto (FR); do Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); do Termo de Autorização Institucional (TAI) e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), estando tais documentos em conformidade com os padrões recomendados por este Comitê.

No corpo do trabalho verificamos introdução, justificativa, objetivos, levantamento bibliográfico, metodologia, cronograma de execução e referências; havendo coerência e articulação científica entre esses elementos.

Outrossim, salientamos que as informações presentes no corpo do projeto atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De modo igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Portanto, tendo por fundamento a Resolução supra, que disciplina a matéria em análise; bem como a partir da RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001, que rege este Comitê de Ética em Pesquisa, entendemos pela aprovação do presente projeto.

Campina Grande, 24 de novembro de 2011.

RELATOR: 09

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C

ARTIGO 2 - ENCAMINHADO A REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA



Prezado(a) Guêdijany Henrique Pereira

Informamos que o Artigo / Tema Livre abaixo foi submetido a Ciência & Saúde Coletiva, constando sua participação como autor.

Artigo: 1244/2013 - CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS DE HOMICÍDIOS DE UMA CIDADE DO NORDESTE DO BRASIL

Caso não concorde com a sua participação nesse artigo favor entrar em contato para que possamos tomar as ações necessárias.

Aterciosamente,
Maria Cecília de Souza Minayo e Romeu Gomes, Editores Chefes

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
[\(21\) 388-29153](tel:(21)388-29153) e [\(21\) 2290-4893](tel:(21)2290-4893) - Todos os direitos reservados para ABRASCO.
[Desenvolvido por ZANDA Multimeios da Informação.](#)