



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

DAGMAR ERICA LACHNER

**MORBIDADE E MORTALIDADE POR AGRESSÃO EM  
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL**

---

Londrina  
2010

DAGMAR ERICA LACHNER

**MORBIDADE E MORTALIDADE POR AGRESSÃO EM  
MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selma Maffei de Andrade

Orientador: Prof. Dr. Darli Antonio Soares (*in memoriam*)

Londrina  
2010

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca  
Central da Universidade Estadual de Londrina**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**

L138m	<p>Lachner, Dagmar Erica. Morbidade e mortalidade por agressão em município de médio porte no sul do Brasil / Dagmar Erica Lachner. – Londrina, 2010. 98 f. : il.</p> <p>Orientador: Selma Maffei de Andrade. Co-orientador: Darli Antonio Soares. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde, 2010. Inclui bibliografia.</p> <p>1. Saúde pública – Brasil – Teses. 2. Violência – Mortalidade – Teses. 3. Doenças – Registros de casos – Teses. 4. Morte por atos ilícitos – Teses. I. Andrade, Selma Maffei de. II. Soares, Darli Antonio. III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.2(81)</p>
-------	--

DAGMAR ERICA LACHNER

**MORBIDADE E MORTALIDADE POR AGRESSÃO EM MUNICÍPIO DE  
MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão de Serviços de Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selma Maffei de Andrade  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Melchior  
UEL – Londrina - PR

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Sílvio Fernandes da Silva  
UEL – Londrina - PR

Londrina, 16 de dezembro de 2010.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus,  
pelo cuidado em todos os momentos,  
pela fidelidade, pelo amor,  
pela esperança e pela sabedoria.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha família,  
por ter acreditado que eu fosse capaz  
e me ajudado nesta importante escolha.  
A vocês, todo o meu amor;

Ao meu filho Nicolás,  
que me incentivou desde o início a trilhar esta  
importante etapa, cuidando de todas as coisas.  
Sem ele, com certeza, teria sido impossível;

Aos meus amigos,  
pelo ombro amigo nas fases mais delicadas desta jornada;

À minha orientadora, professora Selma,  
pela brilhante contribuição intelectual no desenvolvimento  
deste estudo. Faltam-me palavras para expressar  
toda a minha gratidão pelo seu apoio;

Ao mestre prof. Darli,  
por ter me conduzido com sabedoria, dedicação e  
seriedade, enquanto esteve presente;

À professora Tiemi,  
por sua disponibilidade em colaborar na  
construção e análise dos bancos de dados;

Aos funcionários da Secretaria do NESCO,  
que em todos os momentos facilitaram  
e ajudaram tão desprendidamente;

A todos os professores do  
Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde,  
o meu sincero agradecimento por terem dividido  
tão sabiamente seus conhecimentos;  
Ao Dr. Valdir Conrado Sheller e a todos os amigos  
que fiz na Delegacia de Polícia de Cambé,  
por terem disponibilizado e facilitado a coleta  
dos dados para a elaboração deste estudo;

Aos colegas de Mestrado  
pela convivência, pelo crescimento, pela  
amizade construída, pelo apoio e união  
durante nossa caminhada;

A todos que,  
direta ou indiretamente, colaboraram em  
algum momento na construção deste estudo.

Há três formas de adoecer:  
das agressões da natureza,  
das doenças hereditárias,  
e das relações entre os homens,  
sendo esta a mais perversa.

(SIGMUND FREUD, 1929)

LACHNER, Dagmar Erica. **Morbidade e mortalidade por agressão em município de médio porte no Sul do Brasil**. 2010. 98p. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR.

## RESUMO

No Brasil, o conhecimento sobre a dimensão da violência ainda é escasso, embora este se constitua importante problema de saúde pública. Considerando a importância epidemiológica da violência, torna-se fundamental conhecê-la melhor, caracterizando a morbidade e a mortalidade por agressão em um município que apresenta um dos maiores índices de vitimização juvenil do País. O objetivo deste estudo foi identificar o padrão de ocorrência de agressões e homicídios no Município de Cambé, Estado do Paraná, nos anos de 2007 e 2008, registrados em boletins de ocorrência (BO) da Polícia Civil e nas declarações de óbito (DO), caracterizando-se as vítimas, os agressores e as circunstâncias das agressões. A pesquisa constituiu-se de um estudo transversal descritivo, com coleta de dados por meio de formulário próprio pela pesquisadora, com base nos registros da Polícia Civil e nas Declarações de Óbito para casos de agressão (códigos de X85 a Y09 do Capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão – CID 10) de indivíduos residentes no Município de Cambé (PR), nos anos já citados. Foram estudados 699 casos, o que representa, em Cambé, um coeficiente de agressão de 696,3 por 100.000 habitantes e um coeficiente de mortalidade de 56,8 por 100.000 habitantes. Em casos de homicídio, houve predomínio de indivíduos do sexo masculino (87,7%), adultos jovens (50,9%), brancos (66,7%), com 4 a 7 anos de escolaridade (42,1%), solteiros (63,2%), que fizeram uso prévio de álcool (41,4%) ou drogas (44,8%), moradores do bairro Cristal (157,2/100.000 habitantes) ou do Novo Bandeirantes (113,8/100.000 habitantes); o uso de arma de fogo (81%) prevaleceu. Conflitos relacionados ao uso de álcool ou drogas motivaram a maior porcentagem de homicídios (71,9%); agressor e agredido se relacionavam comunitariamente, na maior parte dos casos conhecidos (24,6%); as vítimas apresentaram lesões principalmente na cabeça (47,4%) e tórax (49,1%); os casos ocorreram principalmente no sábado (36,2%), à noite (51,7%) e em fevereiro (17,2%); os agressores eram, na maioria, do sexo masculino (71,2%) e moradores da Região Norte (84,5/100.000 habitantes). Em casos de agressão, houve predomínio do sexo feminino (56,1%), brancos (75%), casados (26,8%), que fizeram uso de álcool (30,4%) ou drogas (20,1%), moradores do bairro Cambé IV (1.323,9/100.000 habitantes) ou do Cristal (1.055,7/100.000 habitantes). O uso de força corporal prevaleceu nas agressões registradas contra homens (48,3%) e contra mulheres (50,2%), houve maior número de casos de violência doméstica (40,5%) e em relações afetivas (27,5%), com lesões na cabeça (62,2%) e braços (45,4%). Os casos de agressão aumentam aos domingos (20,7%), à noite (37%), em junho (10,3%) e em fevereiro (8,9%). Os agressores são predominantemente do sexo masculino (71,2%) e moradores da Região Norte (1.169,0/100.000 habitantes). Com o diagnóstico mais detalhado da ocorrência de agressões e homicídios no município, pode-se contribuir na produção de evidências que apontem para fatores envolvidos na geração da violência e na identificação daqueles tipos que mais atingem a população em seus extratos sociais, território, faixa etária e sexo, visando à adoção de medidas de prevenção e controle mais fundamentadas.

**Palavras-chave:** Violência. Agressão. Homicídios.

LACHNER, Dagmar Erica. **Morbidity and mortality due to violence in a midsized municipality in the south of Brasil.** 2010. 98p. Dissertation [Masters in Health Service Management]. Universidade Estadual de Londrina, Londrina – PR.

## ABSTRACT

Studies about the dimensions of violence in Brazil are still scarce, even though it is an important public health problem. Considering the epidemiological importance of violence, it is of fundamental importance to understand it. The objective of this study, therefore, was to characterize morbidity and mortality due to violence in a municipality presenting one of the highest indices of juvenile victimization in Brazil, namely, Cambé, Paraná. The pattern of assault and homicide occurrence in 2007 and 2008 that was registered in police reports from the *Polícia Civil* and in coroner's reports was used to characterize the victims, the aggressors and the circumstances of the violence. This is a descriptive cross-sectional study, with data collection by means of a specially- prepared form, which the researcher applied to the police and coroner's reports (codes X85 to Y09 of Chapter XX of the International Classification of Disease, 10<sup>th</sup> Edition – ICD 10) for cases involving violence and residents of the municipality. A total of 699 cases were studied, representing an assault rate of 696.3 cases per 100,000 inhabitants and a mortality rate of 56.8 per 100,000. In homicide cases, the victims were predominantly male (87.7%), young adults (50.9%) and white (66.7%), having completed between four and seven years of school, single (63.2), who had previously used alcohol (41.4%) or drugs (44.8%), residents of the neighborhoods *Cristal* (157.2/100,000 inhabitants) or *Novo Bandeirantes* (113.8/100,000 inhabitants). The use of a firearm was prevalent (81%). Conflicts related to the use of alcohol or drugs led to the majority of the homicides (71.9%) and the aggressor and the victim knew each other in the majority of the cases (24.6%). The victims' lesions appeared principally in the head (47.4%) and thorax (49.1%), and the cases occurred principally on Saturday (36.2%), at night (51.7%) and in February (17.2%). The majority of the aggressors were male (71.2%) and residents of north Cambé. In cases of assault, the victims were predominantly female (56.1%), white (75%), and married (26.8%), users of alcohol (30.4%) or drugs (20.1%), residents of the neighborhood *Cambé IV* (1323.9/100,000 inhabitants) or *Cristal* (1055.7/100,000 inhabitants). The assaults against men (48.3%) and women (50.2%) were primarily fistfights. There were a greater number of cases of domestic violence (40.5%) and violence in romantic or family relations (27.5%), with lesions to the head (62.2%) and arms (45.4%). Cases of assault were more common on Sunday (20.7%) at night (37%) in June (10.3%) and in February (8.9%). The aggressors were predominantly male (71.2%) and residents of the north Cambé (1169.0/100,000 inhabitants). With a more detailed diagnostic of the occurrence of assaults and homicides in Cambé, further evidence can elucidate factors involved in the origins of violence and identify the characteristics, including socioeconomics, region, age range and sex, of those most liable to engage in violence, with a view towards better means of prevention and control.

**Key words:** Violence. Assault. Homicides.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Municípios com mais de 70 mil habitantes com os maiores índices de vitimização juvenil no Brasil, 2004/2006 .....	21
<b>Figura 2</b> - Homicídios por ano e por sexo em Cambé (PR), de 2000 a 2008 .....	22
<b>Figura 3</b> - Limites político-administrativos do Município de Cambé (PR) .....	26
<b>Figura 4</b> - Mapa da cidade de Cambé (PR) dividida por regiões, por áreas de unidades de saúde da família (USF) e equipes de saúde da família.....	28
<b>Figura 5</b> - Distribuição percentual de vítimas de agressão e homicídios em relação à situação de trabalho. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	43
<b>Figura 6</b> - Distribuição percentual de agressões e homicídios por tipo de agressão (segundo códigos do Capítulo XX da CID-10). Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	49
<b>Figura 7</b> - Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao dia da semana. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	57
<b>Figura 8</b> - Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao período do dia. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	58
<b>Figura 9</b> - Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao mês de ocorrência. Cambé (PR), 2007 e 2008 .....	59
<b>Figura 10</b> - Distribuição de agressões e mortalidade em relação ao Coeficiente de Agressão (CGA) e Mortalidade (CGM) por área de USF. Cambé (PR) 2007 e 2008 .....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - População por área de USF e faixa etária de Cambé em 2007 .....	29
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação ao sexo. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	35
<b>Tabela 3</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação à Idade das vítimas. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	37
<b>Tabela 4</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação a raça ou cor. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	39
<b>Tabela 5</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação a escolaridade. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	41
<b>Tabela 6</b> - Distribuição das vítimas de agressão e homicídios segundo estado civil. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	44
<b>Tabela 7</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em uso de drogas ou álcool. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	45
<b>Tabela 8</b> - Coeficiente de agressão (CGA) e coeficiente de mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes) por área de USF, de acordo com a residência da vítima. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	47
<b>Tabela 9</b> - Coeficiente de agressão (CGA) e coeficiente de mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), por região de moradia da vítima. Cambé (PR), 2007 e 2008 .....	48
<b>Tabela 10</b> - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação ao sexo e tipo de agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	51
<b>Tabela 11</b> - Distribuição das agressões e homicídios em relação ao motivo. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	53
<b>Tabela 12</b> - Distribuição de agressões e homicídios quanto à relação da vítima com o agressor. Cambé (PR), 2007 e 2008.. ....	55
<b>Tabela 13</b> - Distribuição de agressões e homicídios em relação ao segmento corpóreo atingido na agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	56
<b>Tabela 14</b> - Distribuição das agressões e homicídios segundo local de ocorrência da agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008. ....	61

<b>Tabela 15</b> - Coeficiente de Agressão (CGA) e Coeficiente de Mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo a região da ocorrência da agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008 .....	62
<b>Tabela 16</b> - Distribuição de agressores, em casos de agressão e homicídios, em relação ao sexo. Cambé (PR), 2007 e 2008.. .....	65
<b>Tabela 17</b> - Distribuição de agressores, em casos de agressão e homicídios, em relação à idade. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	66
<b>Tabela 18</b> - Coeficiente de agressão (CGA) e Mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo a área de USF de residência do agressor. Cambé (PR), 2007 e 2008 .....	67
<b>Tabela 19</b> - Coeficiente de agressão (CGA) e Mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), por região de moradia dos agressores. Cambé (PR), 2007 e 2008.....	68

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO	Boletim de Ocorrência
CID	Classificação Internacional de Doenças
CGA	Coeficiente Geral de Agressão
CGM	Coeficiente Geral de Mortalidade
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IML	Instituto Médico Legal
MS	Ministério da Saúde
PC	Polícia Civil
PM	Polícia Militar
PMC	Prefeitura Municipal de Cambé
PSF	Programa de Saúde da Família
PNRMVA	Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências
RITLA	Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana
SEPLAN	Secretaria de Planejamento
SIM	Sistema de Informação da Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual e Londrina
USF	Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	24
2.1	OBJETIVO GERAL .....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	24
3	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	25
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	25
3.2	LOCAL DO ESTUDO .....	25
3.3	COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO .....	29
3.4	PROCESSAMENTO DOS DADOS .....	30
3.5	VARIÁVEIS DO ESTUDO E CATEGORIZAÇÃO .....	30
3.5.1	Variáveis Relacionadas às Vítimas .....	30
3.5.2	Variáveis Relacionadas às Agressões .....	31
3.5.3	Variáveis Relacionadas ao Agressor .....	33
3.6	ANÁLISE DOS DADOS .....	33
3.7	ASPECTOS ÉTICOS .....	34
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	35
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS .....	35
4.2	CARACTERIZAÇÃO DAS AGRESSÕES .....	49
4.3	CARACTERIZAÇÃO DOS AGRESSORES .....	65
5	<b>CONCLUSÃO</b> .....	72
5.1	EM RELAÇÃO ÀS VÍTIMAS .....	72
5.2	EM RELAÇÃO ÀS AGRESSÕES .....	73
5.3	EM RELAÇÃO AOS AGRESSORES .....	75
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	80

<b>APÊNDICES</b> .....	91
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....	92
APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ...	95
APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAMBÉ .....	96
<b>ANEXO</b> .....	97
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

'Violentia', palavra que vem do latim, significa violência, caráter bravo, força. Encontra-se, assim, na origem do termo, a idéia de uma força ou potência natural que, quando exercida excessivamente contra alguma coisa ou alguém, toma o caráter violento (MICHAUD, 1989). Entende-se por violência uma situação em que um ou vários indivíduos agem de maneira direta ou indireta, causando danos a uma ou várias pessoas em níveis variados, seja em sua integridade física, moral, em suas posses, ou em suas participações simbólicas e culturais (MICHAUD, 1989). Há autores que defendem uma dimensão mais ampla do conceito de violência, de forma a não considerar somente o ato em si, mas também a situação que a condiciona (ARBLASTER, 1996).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outrem (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002). Configuram-se, assim, os acidentes e violências em um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito (MELLO JORGE; CASCÃO; SILVA, 2003).

Agressão é uma forma de comportamento que busca a auto-afirmação; pode originar-se de impulsos inatos e/ou de uma resposta à frustração; pode ser manifestada por comportamento destrutivo ou de ataque, por atitudes de hostilidade e obstrucionismo, ou por um impulso auto-expressivo de dominação (DORLAND, 1999).

Há tempos o ser humano se preocupa em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza e suas origens, a fim de atenuá-la, preveni-la e eliminá-la da convivência social. O nível de conhecimento atingido permite inferir alguns elementos consensuais sobre o tema e, ao mesmo tempo, compreender o quanto este é controverso, em quase todos os seus aspectos (MINAYO, 1994).

Nos conflitos sociais, crescem os fenômenos da violência difusa e as dificuldades das sociedades e dos Estados contemporâneos em enfrentá-los (GIDDENS, 1966). Tal dificuldade expressa os novos limites da formação política da "modernidade tardia", pois os laços de interação social são orientados por modos violentos de sociabilidade, invertendo as expectativas do processo civilizatório (HARVEY, 1993).

As raízes sociais desses atos de violência difusa parecem localizar-se nos processos de fragmentação social, os quais refletem "a desagregação dos princípios organizadores da solidariedade e a crise da concepção tradicional dos direitos sociais em oferecer um quadro para pensar os excluídos" (ROSANVALLON, 1995, p. 9 *apud* SANTOS, 2004).

No limiar do Século XXI, o panorama mundial é marcado por questões sociais que se manifestam, de forma articulada e com distintas especificidades, nas diferentes sociedades. Paradoxalmente, o internacionalismo está fundado em problemas sociais globais, tais como a violência, a exclusão, as discriminações por gênero, os vários racismos, a pobreza, os problemas do meio ambiente e a questão da fome. As transformações do mundo do trabalho, causadas pelas mudanças tecnológicas, vêm acompanhadas pela precarização do trabalho, pelo desemprego e pelo processo de seleção/exclusão social (LARANGEIRA, 1999 *apud* SANTOS, 1999). Instaura-se um modo de organização da produção pós-fordista, caracterizado pela desregulamentação, pela crise do sistema salariado. A precarização do assalariamento como princípio da conflitualidade social e a redução do mercado de emprego formal provocam a "desfiliação" dos trabalhadores em relação às estruturas coletivas do mundo do trabalho (CASTEL, 1998; TAYLOR, 1999; GARLAND, 2001, *apud* SANTOS, 2004).

A violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade. Não se conhece nenhuma sociedade onde a violência não tenha estado presente. Pelo contrário, a dialética do desenvolvimento social traz à tona os problemas mais vitais e angustiantes do ser humano, levando filósofos, como Engels, a afirmar que "a história é, talvez, a mais cruel das deusas que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em períodos de desenvolvimento pacífico" (ENGELS, 1981, *apud* MINAYO, 1994).

Desde que se constituíram, os Estados Modernos assumiram para si o monopólio legítimo do exercício da violência, retirando-a do arbítrio dos indivíduos, dos grupos e da sociedade civil, entregando-a ao exército, às polícias e aos aparatos da justiça criminal (BURKE, 1992).

Segundo pesquisas de opinião publicadas por jornais e revistas, segurança é um dos principais itens de preocupação dos brasileiros. Para o risco de morte por homicídio, existe uma substancial evidência empírica de que essa

percepção pública tem sua razão de ser. De acordo com os dados do Ministério da Saúde de 1996, a mortalidade por causas externas ocupava o segundo lugar entre os grupos de causas de morte, ficando abaixo apenas das doenças do aparelho circulatório (MELLO JORGE; GOTLIEB, 2000).

Nos últimos anos, a violência vem sendo considerada importante problema de saúde pública, não só pelos danos físicos e psíquicos que impõe, como por suas consequências em número de óbitos. Em estudo realizado em 15 países das Américas, entre 1971 e 1991, o Brasil exibiu uma tendência de crescimento das taxas de mortalidade por causas externas, constituindo-se os acidentes de trânsito e homicídios nas principais causas de morte violenta (YUNES; RAJS, 1994).

Entre os tipos de causas externas, os homicídios constituem a principal categoria, sendo responsáveis por 30% dessas mortes em 1994 e com aumento acentuado nos últimos anos, passando de um coeficiente de 7,9 por 100 mil habitantes, em 1977, para 21,2 em 1994 (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997). Em 2007, os homicídios respondiam por 36,4% das mortes por causas externas de brasileiros (WEISELFISZ, 2010).

Embora o setor saúde não seja direta e exclusivamente responsável pela prevenção da violência, é sobre ele que recaem as maiores consequências dos atos violentos, conforme aponta o trecho apresentado a seguir:

A violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países" [...] "O setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993, p. 1)

A Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana (RITLA), o Instituto Sangari, o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde desenvolvem uma série de estudos sobre a violência no Brasil. O primeiro Mapa da Violência foi divulgado em 1998, com o objetivo de gerar indicadores de abrangência nacional sobre o tema da violência letal e da criminalidade. Os mapas da violência vêm produzindo uma série periódica de estudos que possibilitam ponderar a situação e a evolução da mortalidade violenta nas diversas regiões do Brasil (WEISELFISZ, 2007).

No Mapa da Violência, o Brasil, em 2006, ocupou a quinta posição

em taxa de homicídios de jovens de 15 a 24 anos no mundo: morriam 51,6 pessoas nessa faixa etária para cada 100 mil habitantes a cada ano. Entre os 556 municípios mais violentos do país, 54 eram paranaenses, com o registro de 2.071 assassinatos em 2006 (WEISELFISZ, 2008). Em 2010, o País ocupa o sexto lugar no mundo, em virtude mais de uma forte eclosão de violência nos países da América Central do que por quedas em seus próprios índices (WEISELFISZ, 2010). Para a Confederação Nacional de Municípios (CNM), a violência, a pobreza e a fome são mazelas sociais interligadas.

O Mapa da Violência de 2010 mostra que, de 1997 a 2007, todas as regiões do Brasil, salvo a Sudeste, apresentaram crescimento no número de homicídios. Em todas, o ritmo de crescimento foi significativamente superior à média nacional de 17,8%. O Sul mostrava um expressivo aumento dos casos de homicídios (62,9%), puxado pelo incremento de 96,2% do Paraná. O Paraná encontra-se em 9<sup>o</sup> lugar nas taxas de homicídio/100mil habitantes, enquanto em 1997 estava em 14<sup>o</sup> (WEISELFISZ, 2010).

A magnitude e a gravidade do panorama da violência no Brasil não se restringem às agressões com morte, embora sejam a parte mais visível da violência. As lesões e traumas provenientes de violências ocupam o sexto lugar no conjunto das internações hospitalares, com um custo bem acima das internações em geral (MINAYO, 2006).

Vale ressaltar que este quadro de elevada mortalidade e morbidade por violência no Brasil não pode ser compreendido integralmente sem que se considerem determinados termos e conceitos como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e pouca valorização da vida. Outras razões poderiam ser listadas. Entretanto, mais do que fazer um inventário da ampla gama de fatores que configuram o quadro de violência social que hoje se enfrenta no País, é importante lembrar as palavras de Arendt: para essa autora, a resposta para a violência destrutiva do poder está na severa frustração de agir no mundo contemporâneo, cujas raízes estão na burocratização da vida pública, na vulnerabilidade dos grandes sistemas e na monopolização do poder, que seca as autênticas fontes criativas. O decréscimo do poder pela carência da capacidade de agir em conjunto (por meio de democracias realmente participativas) é um convite à violência. Assim, "a violência, sendo instrumental por natureza, é racional. Ela não promove causas, nem a

história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar queixas e trazê-las à atenção pública" (ARENDR, 1994 *apud* MINAYO; SOUZA, 1999).

Outros motivos vêm do campo específico da saúde, terreno de quase monopólio do modelo médico e biomédico, cuja racionalidade tende a incorporar o social apenas como variável "ambiental" da produção das enfermidades. Este ponto de vista se coaduna com a forma como vêm se apresentando, também no paradigma da modernidade, as relações entre o conhecimento científico e a intervenção social, frequentemente fragmentada e desarticulada. Sendo assim, mesmo quando politicamente se tenha assimilado, pelo setor, o conhecimento ampliado de saúde, as práticas promocionais e assistenciais frequentemente continuam se restringindo aos contornos paradigmáticos tradicionais (MINAYO; SOUZA, 1999).

Desta forma, entendemos que o tema da violência não entrou no setor saúde de forma natural. Ele se impôs e assim o fez por muitas razões. Em primeiro lugar, apresentou-se dentro dos limites dos conceitos biomédicos, pois sua incorporação se dá sob condição de não romper a racionalidade médica positivista. A violência está incluída, há muitos anos, na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), em um grupo de causas de morbidade e mortalidade que recebe a denominação "Causas Externas". O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais, e o de morbidade engloba as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (MINAYO; SOUZA, 1999).

Contemporaneamente, o principal representante da delinquência é o narcotráfico, que, com características de uma organização totalitária, impõe pelo terror o seu poder, impedindo a organização civil de parcela da população (RODRIGUES, 1994), que, assim, se vê privada de direitos básicos, de cidadania moral e sem expectativas de cidadania política. No nível das relações primárias, apesar da escassez de dados que permitam generalizar, descobrem-se a gravidade e a persistência de experiências violentas no próprio lar (ASSIS, 1994; DESLANDES, 1994), fato que induz grande número de crianças e adolescentes a abandonarem suas casas (MINAYO; SOUZA, 1999).

A área da saúde tem, tradicionalmente, concentrado seus esforços

em atender os efeitos da violência, na reparação dos traumas e lesões físicas nos serviços de emergência, na atenção especializada, nos processos de reabilitação, nos aspectos médico-legais e nos registros de informações. Ultimamente, sobretudo em relação a alguns agravos, como violência contra a criança e a mulher, começa a haver uma abordagem que inclui aspectos psicossociais e psicológicos, tanto em relação ao impacto sobre as vítimas como no tocante aos fatores ambientais e à caracterização dos agressores (VETHENCOURT, 1990; COSTA, 1986). Mas existe, hoje, uma consciência e um impulso da Saúde Pública para, além de adequar-se, no que se refere a equipamentos e recursos humanos, à demanda crescente dos serviços de atenção, voltar sua atenção para o campo da prevenção. Países como os Estados Unidos e o Canadá estão atuando nesta direção, levados pelo reconhecimento de que, na região das Américas, a violência é, hoje, a principal causa de mortes prematuras, lesões, traumas e incapacitações (OPAS, 1994; MERCY *et al.* 1993; SOUZA; ASSIS, 1989), com altíssimos custos financeiros e sociais.

O Sistema Único de Saúde, SUS, tem vários problemas a enfrentar, alguns amplos, que dizem respeito às condições gerais de vida, especialmente o desemprego, a violência urbana e a desigualdade na distribuição de renda, que mudam de forma muito rápida o perfil nosológico da população, e estão ligados indiretamente ao setor saúde. A população reivindica cada vez mais, nas reuniões dos conselhos locais de saúde, equipamentos públicos para tratamento de dependentes de drogas e proteção contra diversas formas de violência (SILVA, 2002a). Esta problemática surge como decorrência do fato de que a violência é uma *epidemia social* (SILVA, 2002b), e traz, para o SUS, incontáveis desafios a superar.

Nem toda violência conduz necessariamente à morte de algum dos protagonistas. Porém, a morte revela, *de per se*, a violência levada a seu grau extremo. Da mesma forma que a virulência de uma epidemia é indicada, frequentemente, pela quantidade de mortes que causou, também a intensidade nos diversos tipos de violência guarda uma estreita relação com o número de mortes que origina.

Outro enfoque, extremamente útil para verificar os níveis de violência que atingem a juventude, são os indicadores de vitimização. Essas medidas de vitimização são um indicador do grau de concentração da violência letal entre os jovens e se espera que um índice máximo aproximado de 20% seja mantido

em relação aos homicídios juvenis. Porém, se o índice ultrapassa significativamente essa proporção (> 20%), falamos de áreas com sérios problemas de exclusão juvenil, o que é o caso de grande número de municípios populosos, com índices de vitimização acima de 50%, isto é, municípios onde mais da metade das vítimas de homicídios são jovens. Não devemos esquecer que os jovens representam, em média, 20% da população total (WEISELFISZ, 2008).

Analisando os dados do Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros de 2008, observa-se que 200 municípios com maior número de homicídios juvenis (15 a 24 anos), em 2006, correspondem a 3,6% do total de municípios, concentram 47,3% da população do País e 79,5% dos homicídios juvenis. Entre os que apresentam maiores índices de vitimização juvenil (se referem a proporção de homicídios de jovens em relação ao total de assassinatos ocorridos em determinada localidade, onde proporções maiores que 20% representam municípios com sérios problemas de exclusão juvenil), está o de Cambé, no Paraná, que ficou em 2º lugar em âmbito nacional, com uma taxa de vitimização de 57,0% (WEISELFISZ, 2008), conforme mostra a figura 1.

**Figura 1** - Municípios com mais de 70.000 habitantes com os maiores índices de vitimização juvenil (15 a 24 anos) no Brasil, 2004/2006.

Ordem	UF	Município	Número de homicídios total				Número de homicídios juvenis				Vitimi-zação Juvenil	Popul. em 2006 (milhares)
			2004	2005	2006	Média	2004	2005	2006	Média		
1º	PA	Breves	6	4	14	8	3	3	9	5	62,5	89,8
<b>2º</b>	<b>PR</b>	<b>Cambé</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>57,0</b>	<b>92,8</b>
3º	SP	Sertãozinho	18	9	5	11	13	2	3	6	56,3	103,3
4º	MA	Balsas	4	6	1	4	2	3	1	2	54,5	75,3
5º	PE	Paulista	140	132	149	140	77	65	80	74	52,7	299,6

**Fonte:** Microdados SIM/SVS/MS

Na quinta versão do Mapa da Violência, em 2010, Cambé encontra-se na 167ª posição entre os municípios com 2.000 ou mais jovens de 15 a 24 anos de idade, apresentando uma taxa de homicídios de 77,1/100.000 habitantes (WEISELFISZ, 2010).

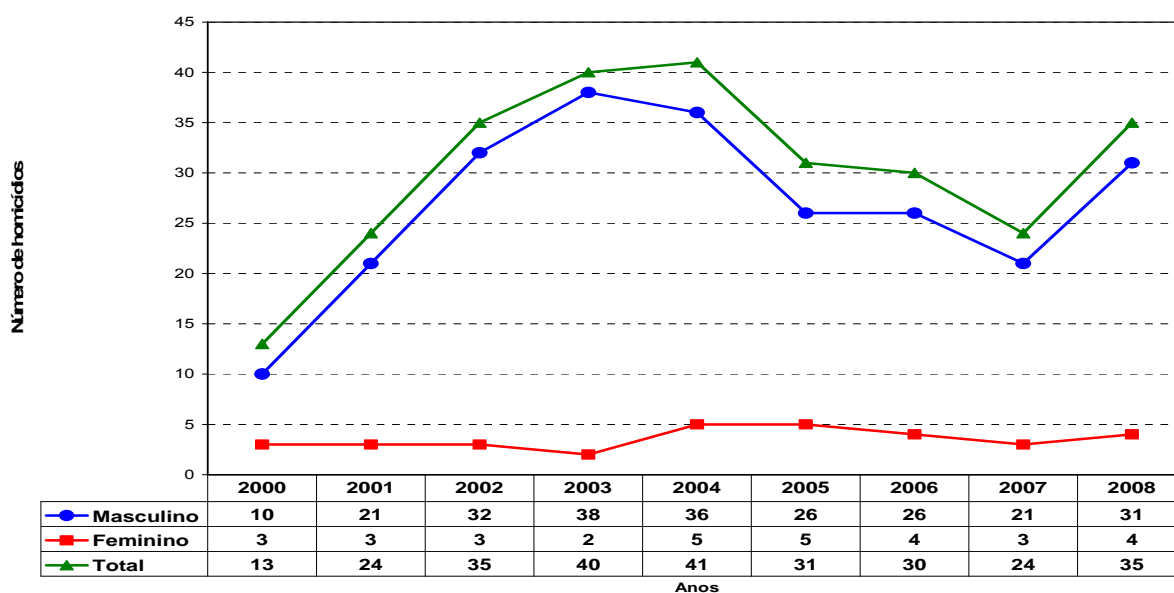
Cambé tem, portanto, um longo caminho a percorrer no equacionamento das questões referentes à relação entre violência e juventude. Há grandes desafios no campo da educação e do trabalho, pois a heterogeneidade das

condições de vida dos jovens deste município tem gerado demandas diferenciadas. A principal causa de mortalidade de jovens encontra-se nas denominadas mortes violentas.

O Município de Cambé, ao lado do de Londrina, faz parte de um pólo aglutinador de cidades que se localizam ao seu redor, e não só da região metropolitana. Sua história está ligada ao desenvolvimento de todo o Norte do Paraná. Por se tratar de centro industrial e prestador de serviços, caracteriza-se como centro de atração de fluxos migratórios. Como faz parte desse polo aglutinador, apresenta todos os componentes típicos dos centros urbanos, desde sua potencialidade em oferecer infraestrutura adequada ao processo produtivo, até os conflitos originários da desigualdade que este mesmo processo causa. Entre esses problemas, destaca-se a escalada da violência urbana, geradora de muita insegurança para seus habitantes (CAMBÉ, 2008).

A Figura 2 apresenta a escalada da violência no Município de Cambé por quase uma década. O número de homicídios cresceu sistemática e significativamente até o ano de 2004. De 2004 até 2007, há declínio no número de homicídios, que volta a crescer em 2008. A queda talvez possa ser atribuída às políticas de desarmamento desenvolvidas a partir de 2003.

**Figura 2 – Homicídios por ano e por sexo em Cambé, de 2000 a 2008 (DATASUS).**



A Polícia Civil (PC) está encarregada de investigar todos os crimes, sejam eles notificados pelos boletins de ocorrências da Polícia Militar (PM), sejam denunciados diretamente por indivíduos nas delegacias. Além disto, ela deve integrar as informações dos diversos níveis do sistema de polícia e de justiça, permitindo o acompanhamento do fluxo dos eventos criminais, desde sua ocorrência até sua resolução (CASTRO; ASSUNÇÃO; DURANTE, 2003). A Polícia Civil de Cambé mantém um sistema de registro sistemático de suas atividades fins. As ocorrências policiais são registradas, classificadas e armazenadas numa base de dados digital compatível com o que recomenda o Código Penal Brasileiro (CASTRO; ASSUNÇÃO; DURANTE, 2003).

Os serviços de saúde, através da epidemiologia, podem contribuir na produção de evidências que apontem para fatores envolvidos na geração da violência e na identificação daqueles tipos que mais atingem a população em seus diferentes estratos sociais, território, faixa etária e sexo, visando à adoção de medidas de prevenção e controle mais bem fundamentadas. Devem se comprometer com essa meta não só o setor da saúde, mas outros segmentos organizados da sociedade e o próprio cidadão comum, que podem contribuir na redução da morbimortalidade por causas externas e dos riscos da violência. Se os determinantes da violência e do seu crescimento envolvem aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais, a resposta social organizada a essa epidemia requer um plano de ação bem estruturado, além de mudanças sócio-econômicas, tal como vem sendo recomendado por pesquisadores e por organismos nacionais e internacionais (MINAYO; SOUZA, 1999; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993, 1994; MINAYO, 1994; PAIM; COSTA, 1996; CEDEC, 1997; LAURENTI; MELLO-JORGE, 1997; PAIM, 2000).

Dada a importância das mortes por homicídio, que são responsáveis por muitos anos potenciais de vida perdidos, procurou-se, neste estudo, fazer um diagnóstico detalhado da situação no Município de Cambé, com a descrição das características das agressões, das vítimas e dos agressores e a busca de informações particulares que permitissem compreender a dinâmica dos crimes. A visão clara dos processos operacionais envolvidos no problema pode contribuir não apenas na definição de ações repressivas ao crime, mas também no estabelecimento de medidas preventivas eficazes, com vistas à redução dos índices de homicídios e vitimização.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Caracterizar as agressões e os homicídios registrados no Município de Cambé (PR), nos anos de 2007 e 2008.

### 2.1 ESPECÍFICOS

- Caracterizar as agressões e os homicídios segundo o tipo de agressão, distribuição geográfica e tempo.
- Caracterizar as vítimas de agressões e homicídios segundo sexo, idade, distribuição geográfica, relação com o agressor, uso de álcool e drogas e o segmento corpóreo atingido.
- Caracterizar os agressores segundo distribuição geográfica, sexo, idade e uso de álcool e drogas.

### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta pesquisa, quantitativa e de caráter censitário, constituiu-se de um estudo transversal e descritivo acerca das características das agressões registradas no Município de Cambé.

Em um estudo descritivo, usa-se descrever precisamente a ocorrência do agravo na população, sua distribuição temporal, distribuição espacial e distribuição segundo atributos pessoais e o padrão geral de ocorrência e grupos sob risco (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

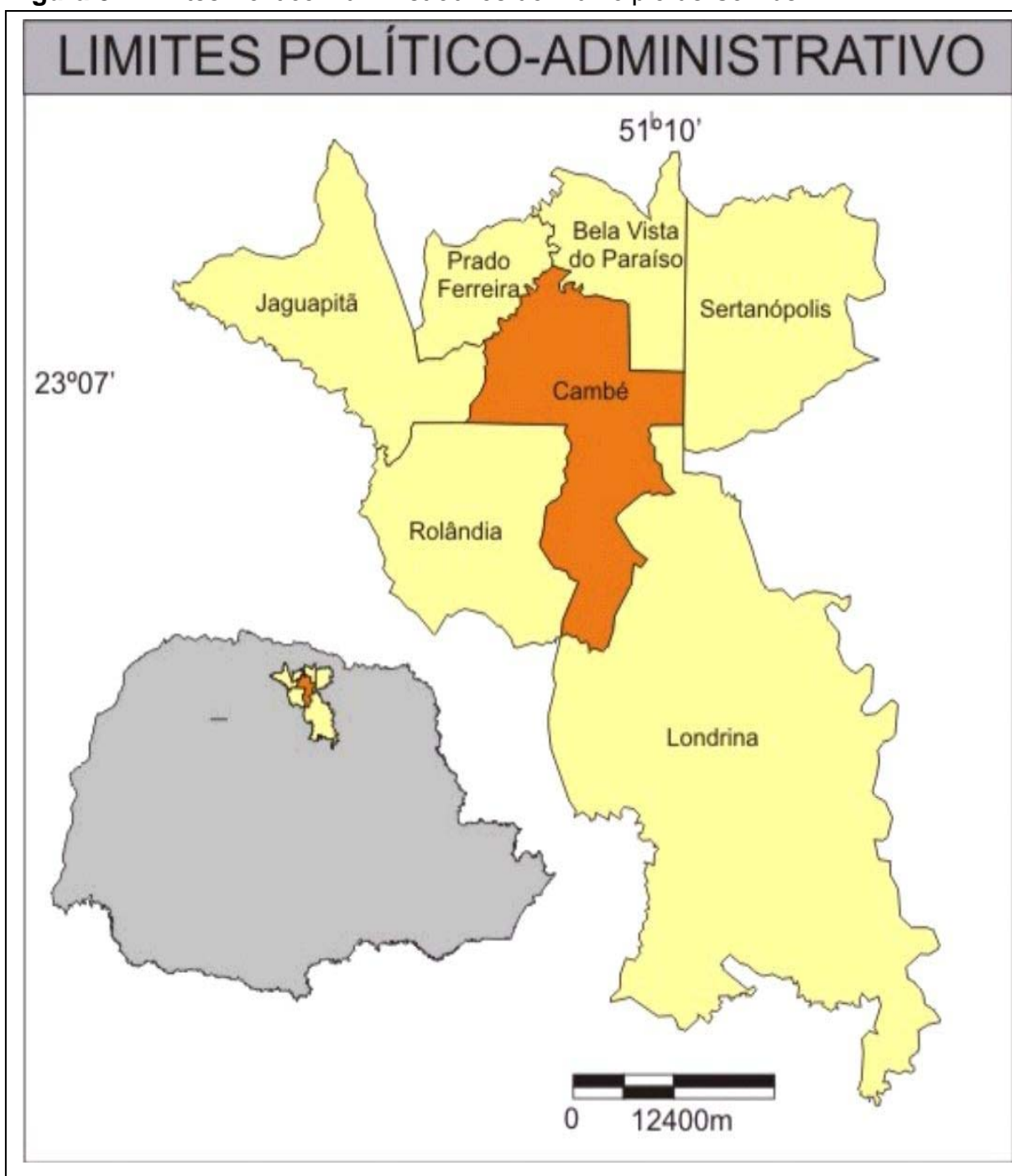
A Epidemiologia, no seu processo descritivo, estuda a distribuição de frequência de doenças e de agravos à saúde coletiva, possibilitando o detalhamento do perfil epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção das doenças, de promoção da saúde e também do refinamento das hipóteses causais. Na Epidemiologia, é fundamental o conhecimento das circunstâncias sob as quais se desenvolve o processo saúde-doença na população. A Epidemiologia Descritiva abre caminho ao surgimento de novos conhecimentos acerca da distribuição das doenças e dos fatores que as determinam (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

#### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

Estudo censitário das agressões ocorridas e registradas nos anos de 2007 e 2008 entre a população residente do Município de Cambé – PR.

O Município de Cambé situa-se no Norte do Paraná. A cidade foi fundada em 1932. Era uma colônia de poloneses e alemães, que foi chamada de Nova Dantzig. O nome seria mudado anos depois, por causa da Segunda Guerra Mundial. O Município tem uma área de 495 quilômetros quadrados e apresentava, em 2007, população estimada de 100.388 habitantes (IBGE, 2007).

Cambé dista cerca de 10 km de Londrina, 385 km de Curitiba, 550 km de São Paulo e 502 km do Porto de Paranaguá. As principais rodovias que passam pela cidade são a BR-386 e a PR-445. A localização do município no Estado do Paraná e os municípios vizinhos são apresentados na figura 3.

**Figura 3** - Limites Político-Administrativos do Município de Cambé.

Fonte: EMBRAPA (2007)

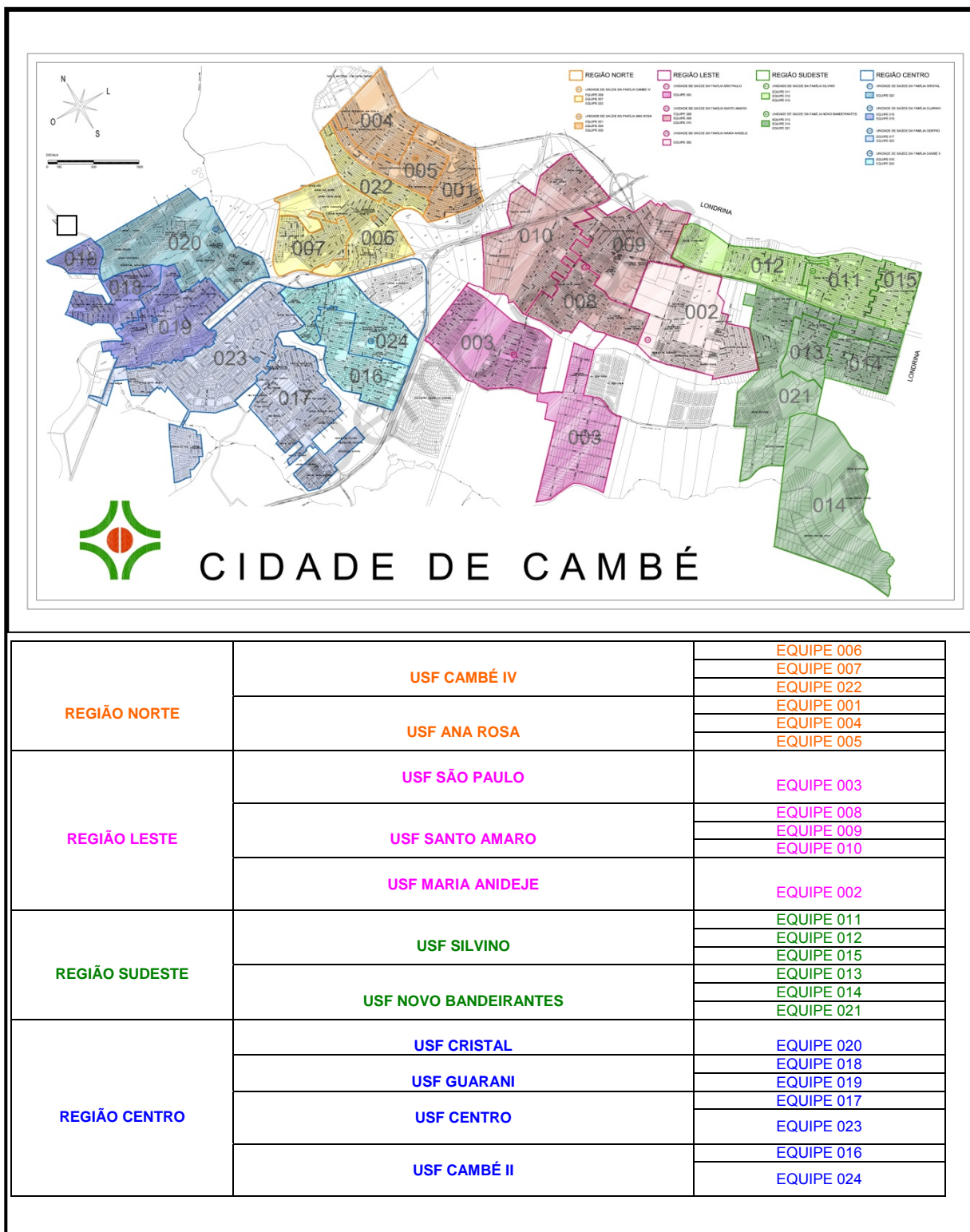
O Município de Cambé é responsável pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica, pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, gestão de todas as unidades básicas e ambulatoriais de saúde (públicas e privadas) vinculadas ao SUS, elaboração da programação pactuada e integrada, autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados, controle

e avaliação da assistência básica. Conta com uma rede composta por 11 Unidades de Saúde (uma aberta 24 horas), todas funcionando como Unidades de Saúde da Família (USF), onde são oferecidos atendimentos em Enfermagem, Odontologia, Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia. Conta, ainda, com 24 Equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), 18 das quais com Estratégia de Saúde Bucal (ESB), como estratégia para o fortalecimento da atenção básica (CAMBÉ, 2008).

Na questão social, os grandes desafios de Cambé para a promoção e desenvolvimento da cidadania (item 1 do pacto em defesa do SUS) são: a criação de conselhos locais de saúde e o envolvimento da população nas decisões de saúde nas áreas de abrangência das USF, a criação da Associação em Defesa dos Direitos da Saúde, além da discussão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, tentando-se, a partir daí, envolver os usuários no processo de mobilização (CAMBÉ, 2008).

A figura 4 e a tabela 1 mostram a distribuição das áreas cobertas pelas Unidades de Saúde e pelas equipes do Programa de Saúde da Família e as populações abrangidas. No mapa se vê que a **REGIÃO CENTRO** (cor azul) conta com quatro: a Cristal, na área 20; a Guarani, áreas 18 e 19; o Centro de Saúde, áreas 23 e 17; e o Cambé II, áreas 16 e 24. A **REGIÃO NORTE** (cores amarela e laranja) conta com duas: a Ana Rosa, áreas 1, 4 e 5; e a Cambé IV, áreas 6, 7 e 22. A **REGIÃO LESTE** (cor rosa), com três: Jd. São Paulo, área 3; Maria Anideje, área 2; e Santo Amaro, áreas 8, 9 e 10. E a **REGIÃO SUDESTE** (cor verde), com duas: Silvino, áreas 11, 12 e 15; e Novo Bandeirantes, áreas 13, 14 e 21.

Figura 4 - A cidade de Cambé é dividida em quatro regiões, onde se distribuem 11 áreas de Unidades de Saúde da Família e 24 Equipes de Saúde da Família. (SEPLAN 2010).



**Tabela 1** - População por área de USF e faixa etária de Cambé, em 2007.

Área USF	<19 anos	20 a 29 anos	30 a 59 anos	> 60 anos	Total
Centro de Saúde	5.272	2.583	5.245	1.270	14.370
Cambé II	3.469	1.689	3.431	809	9.398
Guarani	1.956	940	1.910	425	5.231
Cristal	1.643	800	1.626	383	4.452
<b>Região Centro</b>	<b>12.340</b>	<b>6.012</b>	<b>12.212</b>	<b>2.887</b>	<b>33.451</b>
Ana Rosa	4.152	2.014	4.091	950	11.207
Cambé IV	2.686	1.276	2.592	546	7.100
<b>Região Norte</b>	<b>6.838</b>	<b>3.290</b>	<b>6.683</b>	<b>1.496</b>	<b>18.307</b>
Maria Anideje	1.633	772	1.568	323	4.296
Santo Amaro	5.315	2.575	5.225	1.200	14.315
São Paulo	1.509	727	1.475	331	4.042
<b>Região Leste</b>	<b>8.457</b>	<b>4.074</b>	<b>8.268</b>	<b>1.854</b>	<b>22.653</b>
Silvino	3.302	1.604	3.260	760	8.926
N. Bandeirantes	4.236	2.053	4.171	963	11.423
<b>Região Sudeste</b>	<b>7.538</b>	<b>3.657</b>	<b>7.431</b>	<b>1.723</b>	<b>20.349</b>
Z. Rural	2.034	1.012	2.055	527	5.628
Município	37.207	18.045	36.649	8.487	100.388

Fonte: IBGE/SMSM - Cambé 2007

### 3.3 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTO

Para a realização desta pesquisa, foram usados dados de fontes secundárias (boletins de ocorrência da Polícia Civil de Cambé e declarações de óbito). Foram considerados agressões os eventos que poderiam ser codificados pelos códigos X85 a Y09 (Capítulo XX) da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997). O mesmo critério foi adotado para as agressões que resultaram em morte (homicídios).

Os dados foram coletados pela pesquisadora no período de novembro de 2009 a fevereiro de 2010, utilizando um formulário (Apêndice A) com 29 questões abertas e fechadas, distribuídas em cinco partes: a primeira com dados gerais e a segunda com dados da agressão (questões de 1 a 7), a terceira com dados da vítima (questões de 8 a 16), a quarta com dados do agressor (questões de 17 a 25) e a quinta com dados de mortalidade (questões de 26 a 29).

Os dados dos boletins de ocorrência *online* foram coletados na sede da Polícia Civil de Cambé e os das declarações de óbito, na Secretaria Municipal de Saúde. Embora o levantamento diga respeito aos anos de 2007 e 2008, também foram analisadas informações dos primeiros 180 dias de 2009 para identificar

possíveis casos de óbito devido a agressões ocorridas em 2008, porém nada foi detectado.

### 3.4 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em uma planilha do programa Microsoft® Excel. Criou-se um banco de dados com as variáveis propostas nos objetivos deste trabalho e depois a pesquisadora fez uma análise de consistência desse banco de dados.

### 3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO E CATEGORIZAÇÃO

Para alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, foram analisadas as seguintes variáveis:

#### 3.5.1 Variáveis Relacionadas às Vítimas

**As características da vítima** foram categorizadas segundo:

- Sexo: feminino, masculino ou ignorado.
- Faixa etária: agrupadas em menores de 18 anos, 18 a 29 anos, 30 a 59 anos, 60 anos ou mais, ou ignorado.
- Raça/cor: conforme registro no boletim de ocorrência ou na declaração de óbito, classificada em amarelo, branco, preto/pardo ou ignorado.
- Escolaridade: foi classificada por anos de estudo concluídos em nenhum, de 1 a 3, de 4 a 7, de 8 a 11, 12 ou mais ou ignorado.
- Situação de trabalho: aposentado, desempregado, empregado, estudante, trabalho informal ou ignorada.
- Estado civil: casado ou com relação estável, separado ou divorciado, solteiro, viúvo ou ignorado.
- Uso de álcool: sim, não ou ignorado.
- Uso de drogas: sim, não ou ignorado.
- Área de moradia conforme a Unidade de Saúde da Família da região do endereço da vítima: USF Centro de Saúde, USF Guarani,

USF Rural do Km 9, USF Cristal, USF Cambé II, USF Cambé IV, USF Ana Rosa, USF Jd. São Paulo, USF Santo Amaro, USF 24 horas Maria Anideje, USF Jd. Silvino e USF Novo Bandeirantes, num total de 12.

- Moradia da vítima conforme a região da cidade: Norte, Centro, Leste, Sudeste, Rural e Ignorado ou outros.

### 3.5.2 Variáveis Relacionadas às Agressões

**O tipo de agressão:** foi classificado conforme os códigos do capítulo XX da Classificação Internacional de Doenças, décima revisão – CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997):

- X85 - Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas, X86 - Agressão por meio de substâncias corrosivas, X87 - Agressão por meio de pesticidas, X88 - Agressão por meio de gases e vapores, X89 - Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificadas, X90 - Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas, X91 - Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação, X92 - Agressão por meio de afogamento e submersão, X93 - Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão, X94 - Agressão por meio de disparo de arma de fogo de maior calibre, X95 - Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou arma não especificada, X96 - Agressão por meio de material explosivo, X97 - Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas, X98 - Agressão por meio de vapor, água, gases ou objetos quentes, X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante, Y00 - Agressão por meio de um objeto contundente, Y01 - Agressão por meio de projeção de um lugar elevado, Y02 - Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento, Y03 - Agressão por meio de impacto de um veículo a motor, Y04 - Agressão por meio de força corporal, Y05 - Agressão sexual por meio de força física, Y06 - Negligência e abandono, Y07 - Outras síndromes de maus

tratos, Y08 - Agressão por outros meios especificados, Y09 - Agressão por meios não especificados.

As características da agressão foram levantadas segundo:

- Motivo da agressão: classificado em assalto, cobrança de dívidas, conflito álcool e drogas, desavença, estupro/atentado violento ao pudor, ódio/vingança, violência na escola/*bullying*, violência doméstica e outros conflitos.
- Relação da vítima com o agressor: foi classificada como ignorada, afetiva (entre namorados, marido/esposa ou em relações conjugais estáveis), de afiliação e parentesco, amizade, comunitária (relação de pessoas que convivem na mesma comunidade, partilhando locais públicos, serviços e outros), desconhecidos, de trabalho ou de estudo.
- Segmento corpóreo atingido na agressão: cabeça ou face, pescoço, dorso, tórax, abdome, pelve, pernas, braços ou nenhuma.
- Dia da semana da agressão: Segunda, Terça, Quarta, Quinta, Sexta, Sábado e Domingo.
- Hora da Agressão: por período – Manhã (das 6h00 às 11h59), Tarde, (das 12h00 às 17h59, Noite (das 18h00 às 23h59) e Madrugada (da 00h00 às 5h59).
- Mês de ocorrência: Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio, Junho, Julho, Agosto, Setembro, Outubro, Novembro ou Dezembro.
- Local da agressão: categorizado segundo o tipo de ambiente, de acordo com a classificação da CID-10, capítulo XX, como 0 - Residência, 1 - Habitação coletiva, 2 - Escolas e instituições, 3 - Áreas para prática de esportes, 4 - Rua ou estrada, 5 - Áreas de comércio e serviços, 6 - Bares, boates, casas de show, 8 - Fazenda e 9 - Outros.
- Região da cidade onde ocorreu a agressão: Norte, Centro, Leste, Sudeste e Rural.
- Área da USF onde ocorreu a agressão: USF Centro de Saúde, USF Guarani, USF Rural do Km 9, USF Cristal, USF Cambé II,

USF Cambé IV, USF Ana Rosa, USF Jd. São Paulo, USF Santo Amaro, USF 24 horas Maria Anideje, USF Jd. Silvino e USF Novo Bandeirantes.

### 3.5.3 Variáveis Relacionadas ao Agressor

As características do agressor foram categorizadas segundo:

- Sexo: feminino, masculino ou ignorado.
- Faixa etária: menores de 18 anos, de 18 a 29 anos, de 30 a 59 anos, 60 anos ou mais e ignorado.
- Uso de álcool ou drogas.
- Área da USF de moradia do agressor: USF Centro de Saúde, USF Guarani, USF Rural do Km 9, USF Cristal, USF Cambé II, USF Cambé IV, USF Ana Rosa, USF Jd. São Paulo, USF Santo Amaro, USF 24 horas Maria Anideje, USF Jd. Silvino e USF Novo Bandeirantes.
- Região de moradia do agressor: Norte, Centro, Leste, Sudeste, Rural, Ignorado ou Outros (quando o agressor é de outro município).

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e descritos dentro dos critérios da análise descritiva. A abordagem descritiva consiste em “se buscar distribuir a ocorrência do problema segundo as suas diversas características representadas por uma ou por mais de uma variável circunstancial” (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, p. 83). Para esta etapa, foram utilizados os programas Epi Info 3.5.1. e o Microsoft® Excel.

Os dados são apresentados em tabelas e figuras, em números absolutos e percentuais. Também se calcularam os coeficientes de agressão e de mortalidade por homicídios, por 100.000 habitantes, conforme as fórmulas abaixo:

- Coeficiente Geral de Agressões (CGA) por região, calculada pelo número de agressões em cada região nos anos pesquisados por 100.000 habitantes.

$$\text{CGA} = \frac{\text{número agressões da área A no período P}}{\text{População da área A no período P}} \times 100.000$$

- Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) por Homicídios por região, calculada pelo número de óbitos em cada região nos anos pesquisados por 100.000 habitantes.

$$\text{CGM} = \frac{\text{número óbitos da área A no período P}}{\text{População da área A no período P}} \times 100.000$$

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, foi solicitada autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé (Apêndice B) e autorização prévia do Delegado de Polícia Civil do Município de Cambé, mediante a garantia de anonimato dos sujeitos pesquisados (Apêndice C).

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, com emissão do parecer nº168/09, de 14/09/2009 (Anexo A), em cumprimento à Resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS VÍTIMAS

Para identificar o padrão de ocorrência de agressões no Município de Cambé, foram analisados, nos Boletins de Ocorrência (BO) da Delegacia de Polícia Civil, dados de 699 vítimas de agressão e, em declarações de óbito, de 57 vítimas de homicídios.

As tabelas e figuras que se seguem revelam os resultados, de acordo com as características das vítimas.

A tabela 2 mostra que a maior parte das vítimas das agressões é do sexo feminino (56,1%), fato compatível com o demonstrado por outros estudos (CONASS, 2007), segundo os quais um número importante de mulheres é vítima de violência física, muitas vezes exercida por seu próprio parceiro, chegando em alguns países a uma prevalência de 50%. Em relação a homicídios, Cambé também apresenta o mesmo padrão de outros estudos (MELLO JORGE, GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997; BARATA; RIBEIRO; MORAES, 1999), com grande prevalência de vítimas do sexo masculino – 87,7%.

**Tabela 2** – Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação ao sexo. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Vítima	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Feminino	392	56,1	7	12,3
Masculino	303	43,3	50	87,7
Ignorado	4	0,6	—	—
Total	699	100,0	57	100,0

A mulher tende a perceber as relações de violência ou agressão numa dualidade redutora de agressor/ativo e agredido/vítima (GREGORI, 1993), muitas vezes não reconhecendo que as relações de gênero são marcadas pela ambiguidade e pela tensão, nas quais os padrões de comportamento instituídos pela sociedade para homens e mulheres são atualizados no dia a dia das relações interpessoais. Para alguns autores, a mulher, quando vítima, tem a expectativa de que algo possa ser feito pela lei (Delegacia de Polícia) diretamente ao agressor, para

impedi-lo de continuar com as agressões, desconhecendo sua parcela de responsabilidade na construção do relacionamento que pode permitir a agressão física do parceiro (COUTO, 2005).

Rocha (2007) relata que a mulher que procura a Delegacia da Mulher para notificação de uma agressão provavelmente já foi agredida muitas vezes. Essa estratégia pode ser considerada uma forma de pressão, defesa ou mesmo de negociação com o agressor, uma vez que o apoio antes procurado com familiares, vizinhos ou outros membros da comunidade, provavelmente não foi eficaz na resolução do problema.

A violência contra a mulher, definida como violência doméstica a partir dos anos 1990, pode ser praticada por parceiros ou familiares. Há, também, o termo conhecido como violência de gênero, que acrescenta, ao conjunto de agressores, os conhecidos, os estranhos ou os agentes do Estado, constituindo um problema de saúde pública por estar associada a um maior risco para diversos agravos à saúde (GOMES; MINAYO; RIBEIRO, 2005).

O campo dos direitos humanos, especialmente das mulheres, não é um campo pacífico. A noção e formulação jurídica dos Direitos Humanos é algo bastante recente – mesmo no mundo ocidental – e associada à luta internacional do período posterior à Segunda Guerra Mundial, como resposta às atrocidades cometidas pelo nazismo, sendo um de seus marcos fundadores a *Declaração Universal dos Direitos dos Homens*, de 1948. O fundamento dos Direitos Humanos é o princípio de dignidade inerente à condição humana, independentemente de gênero, raça, cor, língua, nacionalidade, idade, convicções sociais, políticas ou religiosas (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

No que tange aos homicídios, em todas as faixas etárias, o número de vítimas do sexo masculino foi maior que o do sexo feminino. Dados da literatura confirmam que os homens morrem mais por homicídio, e a razão de óbitos entre os sexos masculino e o feminino tem variado de 4,5:1 (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997) a 14:1 (BARATA; RIBEIRO; MORAES, 1999).

Nos homicídios, a proporção de sexo masculino sempre foi maior (BARATA, RIBEIRO, SORDI, 2008), característica que se assemelha àquelas observadas em grandes centros urbanos, em outros estados do País e em diferentes países do continente. Dados da Polícia Civil do Rio de Janeiro indicam que os homens são as maiores vítimas da violência fatal, enquanto que as mulheres são as

principais vítimas de agressões como lesões, abuso e maus tratos (CONASS, 2007).

Estudo recente realizado no Brasil mostra taxas de homicídios mais elevadas no grupo dos homens. Em 2003, a taxa foi de 52,8/100 mil entre os homens e de 4,3/100 mil entre mulheres, com uma razão de risco de 12,3 vezes maior para os homens. Em algumas faixas etárias, essa relação é ainda maior: entre os jovens de 20 a 24 anos, a razão entre as taxas de mortalidade por homicídios homem/mulher é de 17,2; e entre os adultos jovens, de 25 a 29 anos, é de 15,2. A sobremortalidade masculina é uma manifestação também observada em outras sociedades, onde coeficientes de mortalidade masculina são maiores na distribuição segundo causas (LAURENTI *et al.*, 2005).

A intensidade com que a violência vem dizimando pessoas do sexo masculino em nosso país traz sérias consequências na estruturação econômica, social e familiar, principalmente em relação aos adolescentes e adultos jovens, sobre os quais se concentram as maiores taxas de homicídios (SOUZA; LIMA, 2007).

A tabela 3 mostra como a vitimização juvenil prevalece no município, ainda que em 69,3% dos registros de agressão não conste a idade das vítimas. Do total de agressões registradas, 17% foram em menores de 18 anos, e, em casos de homicídios, 15,8% em menores de 18 anos, aumentando para 50,9% em adultos jovens (18 a 29 anos). Observa-se pouca variação no índice de vitimização juvenil comparando o índice dos anos 2004-2006 (de 57,0%, conforme figura 1, página 24), com o índice observado no presente estudo (53,6%, considerando a população de 15 a 24 anos) relativo a 2007-2008, o que indica a interiorização dos homicídios de jovens e também sérios problemas de exclusão juvenil (WEISELFISS, 2008). Nas pessoas com 60 ou mais anos, embora os percentuais sejam menores, há que se destacar um aumento de violência contra idosos no Brasil (MINAYO, 2003).

**Tabela 3** – Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação à idade das vítimas. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Idade (em anos)	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
<18	119	17,0	9	15,8
18 A 29	52	7,4	29	50,9
30 A 59	29	4,1	14	24,6
60 OU +	15	2,2	2	3,5
IGNORADO	484	69,3	3	5,2
Total	699	100,0	57	100,0

Há poucos estudos sobre violência cobrindo o território brasileiro, sendo a maior parte realizada com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde. Yunes e Zubarew (1999), ao analisarem os homicídios de jovens entre 15 e 24 anos nas Américas no período de 1980 a 1994, encontraram uma proporção de 28,7% de homicídios em relação ao total de mortes por causas externas. Estima-se que, para cada homicídio de jovem, existam de 20 a 40 vítimas de agressão não fatal, em especial para o sexo masculino (KRUG *et al.*, 2002). No Município de São Paulo, Mello Jorge (1998), em estudo de homicídio em adolescentes, refere um aumento no coeficiente de homicídio de adolescentes do sexo masculino (15 a 19 anos) na ordem de 1800% no período de 35 anos (1960 – 1995), passando de 9,6 para 186,7 por 100.000 habitantes.

Atualmente, tem ocorrido um fenômeno ainda mais alarmante, que é o aumento da violência contra crianças (MELLO JORGE; GAWRYSZEWSKI; LATORRE, 1997), com deslocamento das mortes para faixas de idade cada vez mais jovens (CORDEIRO; DONALISIO, 2001) e também para a população acima de 60 anos (MINAYO, 2003). Idosos são vítimas dos mais diversos tipos de violência e maus tratos, e esse é um problema universal, decorrente da desigualdade social, manifestando-se nas relações interpessoais, nas formas de comunicação e de interação cotidiana e de forma institucional (MINAYO, 2005). Minayo (1998) dá conta de uma proporção de 3,5% de idosos nas mortes por acidente e violência no Brasil. O presente estudo também encontrou 3,5% de idosos nas mortes por homicídio.

Outra característica marcante no padrão epidemiológico dos homicídios, no Brasil, como já citado, é a intensidade dos coeficientes em populações jovens. Em relação à taxa geral, a da faixa dos 15 aos 19 anos é 1,5 vezes maior; no grupo dos 20 aos 24 anos, a taxa é 2,5 vezes maior; e entre os 25 e 29 anos, o risco é 2,1 vezes maior que o geral. Portanto, nas faixas etárias que compreendem os adolescentes e os adultos jovens, dos 15 aos 29 anos, as taxas são mais altas do que as verificadas na população como um todo (SOUZA; LIMA, 2007), conforme se pode verificar na figura 1 na página 24.

Como em todos os Estados, no Paraná os homens de 15 a 49 anos estão mais expostos ao risco de morte por homicídio com arma de fogo (BRASIL, 2005).

A tabela 4 mostra que houve maior frequência de vítimas da cor branca, tanto nos homicídios (66,7%) quanto nas agressões (8,3%), embora no caso

das agressões tenha sido alta a proporção de cor ignorada (89%).

**Tabela 4** – Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação à raça ou cor. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Raça/cor	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Amarelo	1	0,1	1	1,8
Branco	58	8,3	38	66,7
Preto/Pardo	18	2,6	15	26,3
Ignorado	622	89,0	3	5,3
Total	699	100,0	57	100,0

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 2001 – 2009), realizada pelo IBGE em 2009, distribuiu a população residente no Brasil por raça e cor, sendo as respostas emitidas espontaneamente pelos entrevistados. A população branca no Brasil composta de 48,2% e 51,2% de preto/pardo. No Paraná a população branca em 2009 era de 71,34% e 27,41% preta/parda (IBGE, 2009).

Em alguns estudos que procuram caracterizar o perfil das vítimas, as taxas de violência são mais elevadas entre os negros/pardos (PERES; CÁRDIA; SANTOS, 2006), possivelmente refletindo as desigualdades sociais existentes no Brasil e a maior dificuldade de acesso dessas pessoas a trabalho mais qualificado e a bens e serviços disponíveis na sociedade.

Estudos norte-americanos apontam taxas de criminalidade mais altas entre os negros. Segundo dados do Federal Bureau of Investigation (FBI) de 1981, os negros representavam 12% da população dos Estados Unidos da América, mas contabilizavam 50% das prisões por assassinato, assalto e estupro, e 30% por outros crimes. No Brasil, estudo dos dados do sistema prisional gaúcho indica que há uma super-representação de homens mulatos nas penitenciárias, mas o autor atribui a situação a uma interação complexa entre questões econômicas e culturais, e não simplesmente a preconceito (BRENNER, 2009).

Em outro estudo, realizado em serviço de emergência de Alta Floresta (Mato Grosso), as vítimas de acidentes e violências caracterizam-se majoritariamente como brancos (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008), possivelmente devido às características da população que migrou para a região nos anos 1980 (CUNHA, 2002). Esse achado é semelhante ao observado no presente estudo e difere de outros, nos quais a raça da maioria das vítimas é informada como negra (preta ou parda).

Cambé nasceu como uma colônia de famílias alemãs e polonesas, que foi batizada de Nova Danzig. Em seguida, atraídos pela fertilidade do solo, chegaram japoneses, italianos, eslovacos, portugueses, espanhóis e libaneses, além dos paulistas e nordestinos. Na década de 1940, com a Segunda Guerra Mundial, cidades ou colônias com nomes relacionados com os países inimigos precisaram mudar de nome. Nova Danzig passou a se chamar Cambé (GONZALES NETO, 1987). Este perfil de imigração pode ter influenciado no perfil de raça/cor predominantemente branca encontrado no presente estudo.

Estudo das relações raciais no Paraná mostra que o Estado tem a maior quantidade e percentual de negros do Sul do Brasil. São 2,4 milhões de negros, 24,5% da população. Problematiza-se a construção da identidade do Paraná na Primeira República, que foi baseada, também, na crença da superioridade das raças, num determinismo geográfico (clima frio dado à civilização) e na imigração europeia como cerne desta identidade (SOUZA, 2007). Os jovens negros (pretos e pardos), no Paraná, são mais pobres que os brancos; preponderam entre os que estudam à noite; estão mais defasados em relação à série; têm famílias mais numerosas; têm mais indivíduos sem renda na moradia; têm menor renda familiar e individual; são os que mais trabalham sem remuneração; entram mais cedo no mercado de trabalho; têm pai e mãe com menor escolaridade (SOUZA, 2007).

Observa-se que há uma dramática concentração de risco na população negra no Brasil, pois as taxas de homicídios são mais elevadas entre os negros em todas as faixas etárias, com muito mais intensidade entre 20-29 anos. Embora os dados relativos a esta variável padeçam de elevados sub-registros, há indicações de que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais (educação, saúde, saneamento) entre brancos e negros, no Brasil, acabe por provocar desigualdade na distribuição de mortes violentas. Assim, são os homens negros e, entre estes, os mais jovens, as principais vítimas dos óbitos por agressão. Como se sabe, "cor" no Brasil constitui um atributo social, e a grande maioria dos negros em nosso País concentra-se nos estratos inferiores da pirâmide social (SOUZA; LIMA, 2007).

O mito da democracia racial procura esconder as desigualdades existentes entre brancos e negros. Um passado de conflitos deixou de herança a insegurança atual, as diferenças raciais e educacionais tornaram-se causa de desigualdades sociais e econômicas que resultaram em exclusão social e negação

de direitos fundamentais. Esse passado encontra continuidade ainda hoje em nosso País, onde indígenas, negros e as pessoas de classes sociais menos privilegiadas sofrem as consequências desse processo (CNBB, 2008), embora mais recentemente políticas públicas venham tentando aumentar a inclusão dessas pessoas (LIMA, 2010).

Na tabela 5 verifica-se que a maior parte de vítimas de agressão e de homicídios cursou de 4 a 7 anos de escola, mas, para agressões, há informação somente em 11,7% dos registros.

**Tabela 5** – Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação à escolaridade. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Escolaridade (anos)	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Nenhuma	–	–	1	1,8
1 a 3	9	1,3	4	7,0
4 a 7	46	6,6	24	42,1
8 a 11	19	2,7	12	21,1
12 ou +	8	1,1	3	5,3
Ignorado	617	88,3	13	22,8
Total	699	100,0	57	100,0

É frequente a observação de baixa escolaridade entre jovens expostos à violência homicida (ANDRADE *et al.*, 2008). Um estudo no Rio Grande do Sul constatou que apenas 21% (12/57) dos jovens vítimas de homicídios frequentavam a escola na época do óbito e, entre esses, a defasagem escolar era, em média, de três anos, sendo que somente um cursava a série esperada para a idade. Entre os que não estavam estudando, a média de defasagem era de 6,9 anos (SANT'ANNA; AERTS; LOPES, 2005).

No México, um estudo transversal mostrou que, entre vítimas de violência intrafamiliar, 33,3% tinham o nível primário e 66,7%, o nível médio de escolaridade (HIJAR-MEDINA *et al.*, 2003).

Verifica-se, hoje, no sistema escolar, uma tensão que, por vezes, se manifesta através de comportamentos considerados violentos, tanto por parte de professores como por parte alunos. Em geral, essas manifestações são atos contra a integridade física, moral e social do indivíduo e da coletividade, manifestações de indisciplina, agressividade entre os alunos e contra os professores, depreciação do

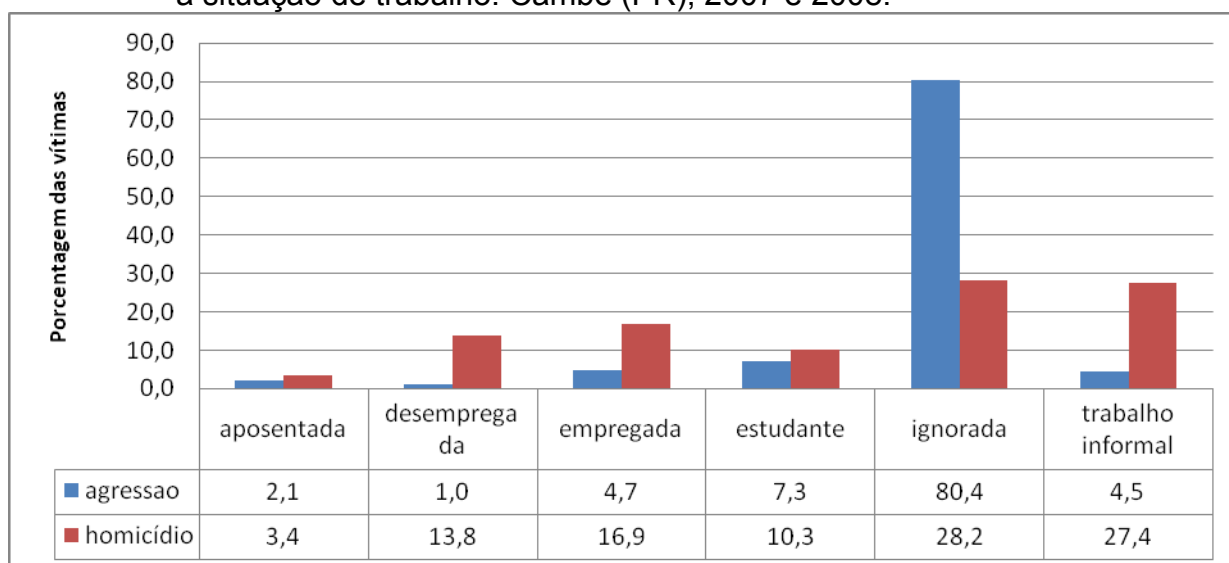
patrimônio da escola (FONTES, 2006).

A escola passou a representar, em virtude da escolarização obrigatória, o segundo espaço de socialização no processo de desenvolvimento humano, depois da família. Foi incluída oficialmente no sistema de garantia de direitos da infância e adolescência com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, nos anos 1990. Se, até alguns anos atrás, uma escola seguia sua rotina com relativa facilidade para impor suas regras, hoje precisa manejar tarefas difíceis como o incentivo à aprendizagem, o respeito à diferença e a imposição de limites. Escola e educadores passaram a ter que dar atenção aos aspectos afetivos do ensinar e aprender e às dificuldades apresentadas por certos alunos para permanecer em sala de aula e se vincular aos demais. A agressividade corriqueira observada nas instituições de ensino não está dissociada dos índices de vulnerabilidade social das nossas crianças e adolescentes, nem sempre acolhidos e acompanhados em suas necessidades de constância, disponibilidade ou empatia. Com a inexistência de uma política efetiva de cuidado social às famílias, a escola recebe, cada vez mais, um público fragilizado, que anseia por uma atenção e sensibilidade que ela não está preparada para oferecer (CASTRO, 2010).

Grande parte dos jovens envolvidos com o crime estão fora da rede de ensino, garantir que o jovem permaneça na escola e aumentar investimentos nesse setor pode diminuir o índice de homicídios na adolescência, é o que declara a presidente do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Londrina (ROSSI, 2010).

Ao se tentar analisar a situação de trabalho das vítimas de agressão e de homicídio, na figura 5, obteve-se uma distribuição bastante dispersa ou informação não disponível (80,4% para agressão). Assim, tornou-se difícil analisar esta variável. A ocupação mais comumente declarada entre as agressões foi a de estudante (7,3%) e, entre os homicídios, o trabalho informal (27,4%). Apesar da alta proporção de ignorados, na presente casuística, é preciso destacar o trabalho informal ou o desemprego como componentes da rede de fatores que envolvem a questão da violência (DESLANDES, 1994; MINAYO, 2001).

**Figura 5** - Distribuição percentual de vítimas de agressão e homicídios em relação à situação de trabalho. Cambé (PR), 2007 e 2008.



O desemprego é constantemente lembrado como causador de criminalidade e, realmente, se uma pessoa é levada a uma situação de carência, pode chegar à agressão para satisfazer desejos ou necessidades. Estudos empíricos (EIDE *apud* BRENNER, 2009) mostram uma relação direta entre desemprego e criminalidade quando não existem esquemas de proteção ao trabalhador na sociedade, como salário-desemprego, cursos de redirecionamento profissional ou outras formas de suprir necessidades por meio da assistência social (BRENNER, 2009). Necessário se faz analisar os sistemas de proteção social e os índices de criminalidade no mundo.

A tabela 6 mostra que, nos casos de homicídio, a maior parte das vítimas era solteira (63,2%), enquanto os casados ou pessoas em relação estável eram 24,6%. Nas agressões, houve maior proporção de pessoas casadas ou em relação estável (26,8%) do que solteiras (16,2%) ou separadas/divorciadas (4,9%), embora deva ser destacado o grande número de ignorados (51,1%). Esses dados nos remetem à violência intrafamiliar, tão difundida, da qual nenhum grupo social no mundo parece escapar. Dados de uma pesquisa nos EUA (ECHEVÉRRRI, 1994) revelam que 59% das violências intrafamiliares informadas são produzidas por cônjuges, e que também estes são responsáveis por 44% dos homicídios dessas mulheres.

**Tabela 6** - Distribuição das vítimas de agressão e homicídios segundo o estado civil. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Estado civil	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Casado/relação estável	187	26,8	14	24,6
Separado/divorciado	34	4,9	3	5,3
Solteiro	113	16,2	36	63,2
Viúvo	8	1,1	–	–
Ignorado	357	51,1	4	7,0
Total	699	100,0	57	100,0

Estudo feito em Minas Gerais mostra maior frequência de homicídios entre homens solteiros, na faixa etária de 20-29 anos e de cor escura. Dados das Declarações de Óbito do Ministério da Saúde do SIM (2001) apresentam taxas de homicídio superiores em solteiros, mencionando o casamento como fator protetor contra a vitimização letal (CRUZ; BATITUCCI, 2007).

Em outro estudo realizado em Minas Gerais, na cidade de Uberlândia, observou-se que a violência contra as mulheres atinge principalmente aquelas de 18 a 39 anos, amasiadas, de diferentes profissões, mas principalmente as do lar e domésticas. É praticada principalmente pelos amásios e esposos, os quais apresentam perfil sócio-econômico e etário que se assemelha ao das vítimas. As agressões ocorrem dentro dos próprios lares, motivadas por vícios e ciúme. A esperança de que o relacionamento conjugal melhore leva as mulheres a permanecerem nessa relação violenta (GARCIA, *et al.* 2008).

Outro levantamento do gênero, feito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, com mulheres vítimas de violência doméstica, constatou que a maioria das agressões (56,9%) foi atribuída ao marido, sendo observados, também, casos de violência cometida por ex-maridos (6,9%) e namorados (4,2%) (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). Diferentemente de outros estudos (JONG, 2000; TAVARES, 2000), que apresentaram a maioria de vítimas casadas, detecta-se maior frequência de mulheres solteiras. Ante o fato, porém, de que o companheiro é, na maior parte dos casos, o agressor, pode-se concluir que muitas ditas “solteiras” na realidade vivem em união informal ou união estável, sendo que este tipo de relação tende a ser mais conflituosa e instável do que os casamentos (SCOTT, 1994).

A tabela 7 mostra a proporção de casos de agressão e homicídios em que houve menção do uso de álcool ou drogas pela vítima ou pelo agressor.

Destaque-se que são os depoentes ou o escrivão da polícia que fazem a declaração a esse respeito. Pode-se verificar que, para agressões, encontram-se proporções maiores de uso de álcool (30,4%) e de drogas (20,1%) nos agressores, enquanto para homicídios, as maiores frações – álcool (41,4%) e drogas (44,8%) – dizem respeito às vítimas.

**Tabela 7** – Distribuição de agressores e vítimas de agressão e homicídios quanto ao uso de drogas ou álcool. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Registro do uso	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Vítima alcoolizada	70	10,0	24	41,4
Vítima drogada	45	6,6	26	44,8
Agressor alcoolizado	213	30,4	9	15,5
Agressor drogado	141	20,1	15	25,9

Percentagem calculada em relação ao total de vítimas.

Num trabalho em que foram caracterizadas as vítimas de agressão de Alta Floresta (MT) (MARCHESE; SCATENA; IGNOTTI, 2008), o uso de álcool esteve fortemente associado às agressões, em comparação com todas as demais causas, violentas ou acidentais. A suspeição de uso de álcool deu-se na quase totalidade (91,7%) das vítimas de agressões. Além disso, a prevalência de suspeição do uso de álcool entre as vítimas de agressões foi 9,6 vezes superior àquela observada entre as vítimas de todas as outras causas. Avaliando a prevalência de alcoolemia positiva em São Paulo-SP (CARVALHO *et al.*, 2002) em cada tipo de causa externa, também foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias, com a maior prevalência verificada entre as vítimas de agressão (46,2%). Achados de um estudo realizado em Cuiabá revelam que 36,3% das vítimas de agressão estavam alcoolizadas (OLIVEIRA, 2006).

ZALESKI *et al.* (2010) encontraram íntima relação entre consumo de álcool e violência. Sugerem o entendimento de que a redução do consumo de álcool pode contribuir para a redução da violência em geral e, particularmente, da violência entre parceiros íntimos.

Outra pesquisa, realizada em Recife (PE) no período do Carnaval, quando o consumo de álcool aumenta consideravelmente, mostrou que 85,2% das vítimas de violência (fatais e não fatais) tinham álcool no sangue (FRANCH, 2004).

O consumo de substâncias psicoativas acompanha a história da humanidade, e o consumo de drogas nas sociedades modernas reflete as importantes mudanças sociais e econômicas, fazendo surgir novas motivações e novas formas de obtenção destas substâncias. O álcool talvez seja uma das substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo, está presente no cotidiano da maioria das culturas, com seu uso associado a celebrações, situações de negócios, cerimônias religiosas e eventos culturais (LARANJEIRA *et al.*, 2007).

Quanto às drogas ilegais, pode-se dizer que as relações entre o tráfico e o crescimento de homicídios são responsáveis pela virada epidemiológica da mortalidade por causas violentas, mais especificamente das violências intencionais, segundo estudos realizados na região metropolitana do Rio de Janeiro (PERES; CÁRDIA; SANTOS; 2006). O tráfico de drogas tem se revelado como base para a deflagração de inúmeros processos que geram violência urbana. Na sua base está a existência de uma enorme demanda pelo produto, nas suas várias formas. As cidades, como centros consumidores, criam um mercado que favorece a estruturação altamente organizada de fornecimento, que visa o comércio através de regras próprias, e faz uso da força e da intimidação para garantir domínio do território em que está inserido. Há um fio que liga o tráfico, como grande estruturador de um *estado de violência*, e os delitos comuns, que tanto assolam as cidades (FRANCISCO FILHO, 2004). Conforme aponta Souza (2000):

Embora tráfico de drogas e criminalidade urbana violenta não sejam sinônimos – pois nem o tráfico precisa sempre e em todas as instâncias da violência nem a criminalidade violenta, naturalmente, se reduz aos crimes vinculados com o tráfico -, é indiscutível que a dinâmica da violência urbana passou, nas duas últimas décadas, a estar fortemente marcada pelos efeitos diretos (guerra entre quadrilhas e entre estas e a polícia, "balas perdidas") e indiretos (empréstimo de armamentos de traficantes para criminosos comuns, delitos praticados por viciados etc.) do tráfico de tóxicos. (Souza, 2000, pág. 53)

Faz-se necessário observar as relações de trabalho presentes no crime organizado, e como elas exploram a força de trabalho de uma parcela da população, especialmente dos jovens. Num balanço sobre a violência urbana (ADORNO, 2002), vemos que, nas diferentes formas de expressão da violência, há a efetiva estruturação do crime organizado. Outro estudo aponta que jovens tendem a valorizar mais as compensações imediatas do que o investimento no futuro (SANT'ANA; AERTS; LOPES, 2005), algo não palpável. Tal fato, aliado à falta de

perspectiva, precipita a exacerbação de comportamentos violentos, desencadeantes de homicídios (ANDRADE *et al.*, 2008). A inserção no narcotráfico pode significar para os jovens poder, dinheiro, laços de pertencimento e fidelidade, e os introduz na dependência de tóxicos e no crime. A interiorização da vitimização juvenil no Paraná pode estar relacionada à fronteira com o Paraguai e a proximidade com a Bolívia, que se caracterizam pela marcante atividade do contrabando ou do narcotráfico (WEISELFSZ, 2007). Isso explica as altas taxas de mortalidade por violência em municípios contíguos e naqueles localizados à margem das rodovias que servem de corredor entre as fronteiras e a Região Sudeste, destacando-se, em termos de mortalidade por homicídio de homens de 15 a 49 anos, Umuarama (120,1/100mil), Cascavel (102,1/100mil), Campo Mourão (150,7/100mil), Londrina (183,5/100mil), Cambé (183,4/100mil) e Ibiporã (131,4/100mil) (ANDRADE *et al.*, 2008).

Na tabela 8, observa-se que, em relação a agressões, três áreas de USF – Cambé IV, Cristal e Guarani – localizadas nas regiões Norte e Centro (Noroeste) do município, fazendo divisa com os municípios de Prado Ferreira e Bela Vista do Paraíso, apresentam maior incidência de vítimas de agressões: 26,8% do total. A população residente nessas áreas corresponde a 16,7% da população total do município.

**Tabela 8** – Coeficiente de agressão (CGA) e coeficiente de mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes) por área de USF de acordo com residência da vítima. Cambé (PR), 2007 e 2008.

USF	População	N	VÍTIMA		CGM
			CGA	N	
Ana Rosa	11.207	89	794,1	3	26,8
Cambé IV	7.100	94	1.323,9	4	56,3
Guarani	5.231	46	879,4	2	38,2
Cristal	4.452	47	1.055,7	7	157,2
Centro S.	14.370	60	417,5	3	20,9
Cambé II	9.398	44	468,2	2	21,3
S. Paulo	4.042	26	643,2	2	49,5
S. Amaro	14.315	51	356,3	8	55,9
M Anideje	4.296	17	395,7	4	93,1
Silvino	8.926	42	470,5	9	100,8
N Band	11.423	83	726,6	13	113,8
Outros	...	4	...	-	-
Ignorado	...	96	...	-	-
Rural	5.628	-	-	-	-
<b>Cambé</b>	<b>100.388</b>	<b>699</b>	<b>696,3</b>	<b>57</b>	<b>56,8</b>

Em relação às agressões fatais, quatro áreas de USF – Cristal, Novo Bandeirantes, Silvino e Maria Anideje – nas regiões Centro, Sudeste e Leste, apresentam maiores taxas de mortalidade por homicídio, concentrando 58,0% dos homicídios do Município. A população residente nestas áreas corresponde a 29,0% da população total.

Na tabela 9, confirma-se que o coeficiente de agressão mais elevado está na região Norte do município. Para homicídios, a região Sudeste se destaca.

**Tabela 9** – Coeficiente de agressão (CGA) e coeficiente de mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes) por região de moradia da vítima. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Região	População	N	VÍTIMA		
			CGA	N	CGM
Centro	33.451	186	556,0	14	41,9
Norte	18.307	185	1010,5	7	38,2
Leste	22.653	93	410,5	14	61,8
Sudeste	20.349	125	614,3	22	108,1
Rural	5.628	10	177,7	-	-
Outros	...	4	...	-	-
Ignorado	...	96	...	-	-
Cambé	100.388	699	696,3	57	56,8

As tabelas 8 e 9 confirmam o já constatado por outros estudos, que a “epidemia” de violência não é uniforme, que mesmo se considerando os grupos de maior risco, estes variam dentro das áreas da cidade, mas predominam sempre entre os moradores de áreas mais pobres (PERES, 2007). Muitos homicídios de jovens acontecem nas proximidades de onde moram (FRANCH, 2004), eles ficam mais expostos a vinganças e outros acertos de contas, sendo a embriaguez um dos fatores que tanto estimula o agressor quanto aumenta a vulnerabilidade da vítima.

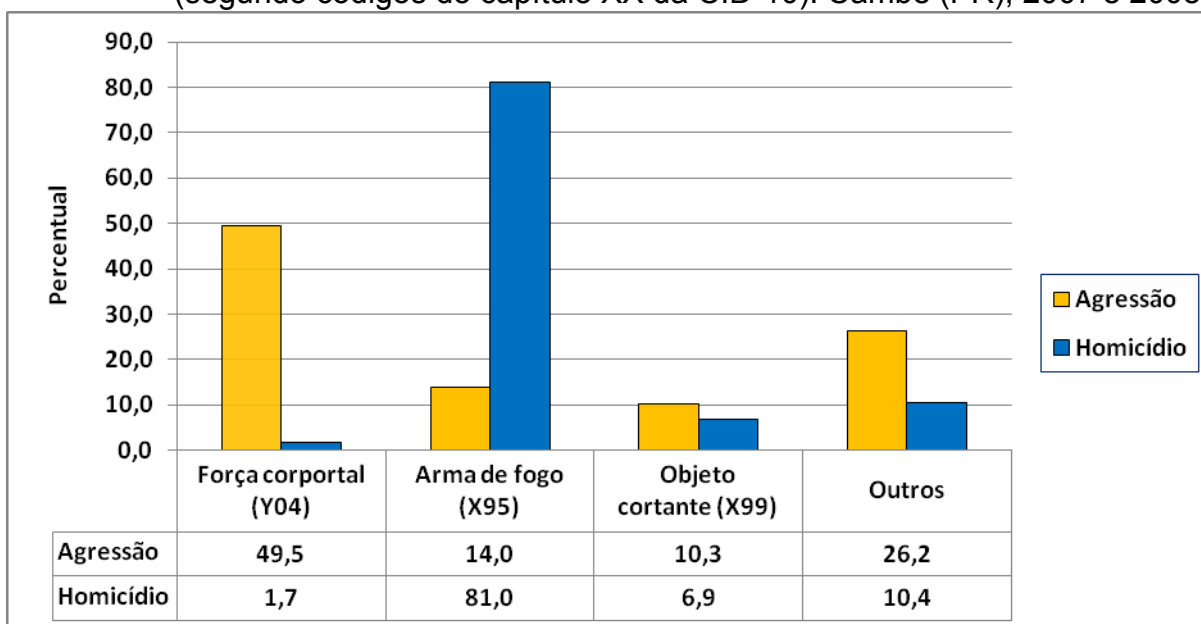
Em estudo realizado em Porto Alegre (RS), Brunet *et al.* (2008) ressaltam que, nos bairros em que ocorrem baixos indicadores socioeconômicos e elevado número de famílias desestruturadas e/ou fragmentadas, encontra-se uma situação de elevada propensão à violência e criminalidade, como explica a Teoria da Desorganização Social. A Teoria da Desorganização Social tem sua origem em pesquisa iniciada nas décadas de 1930-40 nos Estados Unidos, onde as taxas de crimes são mais elevadas em comunidades onde há ausência de atividade comunitária e, mais especificamente, pela deficiência de supervisão, rejeição ou violência doméstica.

É necessário que a cidade seja revista como um espaço de gestão planejada, entendendo-se o espaço em sua totalidade, visualizando-se a cidade como um processo dinâmico e com inter-relação entre seus elementos, na perspectiva de uma vida saudável para todos, com o objetivo de redução das iniquidades sociais (FONZAR, 2008).

#### 4.2 CARACTERIZAÇÃO DAS AGRESSÕES

Quanto ao tipo de agressão, observa-se, na figura 6, que a força corporal foi usada em quase metade (49,5%) das agressões registradas em boletins de ocorrência (BO), seguida de disparo por arma de fogo (14%), e uso de objeto cortante ou penetrante ou arma branca (10,3%). Em homicídios, verifica-se que o uso de arma de fogo prevalece (81%) sobre os demais meios utilizados.

**Figura 6** – Distribuição percentual de agressões e homicídios por tipo de agressão (segundo códigos do capítulo XX da CID-10). Cambé (PR), 2007 e 2008.



A força física é o estímulo mais simples da transformação do comportamento e da personalidade da pessoa, podendo chegar, em casos extremos, à tortura e à morte. O objetivo de usar a força física é produzir sentimentos de insegurança e respostas emocionais de submissão, sendo, nesse processo, a pessoa submetida às formas mais diversas de violência e tornando-se

suscetível a responder ao agressor conforme o seu desejo, anulando-se, muitas vezes, em sua própria subjetividade. Não é raro o agredido se ver coagido a mudar o seu ponto de vista e a sua própria maneira de pensar, chegando a manifestar uma atitude de empatia e de aceitação do domínio sobre si (COUTO, 2005).

O Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil de 1996 (IPEA/PNUD, 1996) chamava a atenção para o padrão tipicamente urbano que a mortalidade brasileira vinha assumindo, quando as taxas de mortalidade por homicídio estavam entre as mais altas do mundo. Vale destacar que o mais importante instrumento usado nos homicídios no Brasil é a arma de fogo (SOUZA, 2005), situação que também se observou em Cambé. No Estado de São Paulo, em 2000, 90% do total de homicídios foram causados por arma de fogo (PERES; SANTOS, 2005).

De 2003 a 2006, um estudo (WEISELFISZ, 2008) mostrou uma redução de 12% no número de mortes por arma de fogo no Brasil, em números absolutos. Essa tendência foi medida nos municípios de maior porte; nos municípios com população entre 100 mil e 500 mil habitantes, a redução foi menor. Segundo o autor, dois fatores contribuíram para essa mudança: a criação do Estatuto do Desarmamento e o repasse financeiro da Secretaria Nacional de Segurança para alguns municípios.

Na tabela 10 observa-se que 50,2% das mulheres foram vítimas de agressão por força física, em comparação com 48,3% dos homens. Para homicídios, 84% das agressões a homens e 71,4% a mulheres foram por arma de fogo.

**Tabela 10** - Distribuição de vítimas de agressão e homicídios em relação ao sexo e tipo de agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Tipo de agressão	Agressão por sexo*				Homicídio por sexo			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
X85-Droga medic. e subst. biológica	1	0,3	–	–	1	2,0	–	–
X91-Enforc. estrangulam. sufocação	6	2,0	5	1,3	–	–	–	–
X92-Afogamento e submersão	–	–	2	0,5	–	–	–	–
X95-Disparo de arma de fogo	48	15,8	50	12,8	42	84,0	5	71,4
X97-Fumaça, fogo e chamas	1	0,3	1	0,3	–	–	–	–
X99-Objeto cortante ou penetrante	30	10,0	42	10,7	4	8,0	–	–
Y00-Objeto contundente	25	8,2	41	10,4	2	4,0	2	28,6
Y01-Projeção de lugar elevado	–	–	1	0,3	–	–	–	–
Y03-Impacto de veículo a motor	4	1,3	3	1,0	–	–	–	–
Y04-Força corporal	147	48,3	197	50,2	1	2,0	–	–
Y05-Sexual por meio de força física	18	5,9	25	6,4	–	–	–	–
Y06-Negligência e abandono	4	1,3	1	0,2	–	–	–	–
Y07-Outras síndromes de maus tratos	3	1,0	4	1,0	–	–	–	–
Y08-Outro meio especificado	14	4,6	12	3,1	–	–	–	–
Y09-Por meios não especificados	3	1,0	7	1,8	–	–	–	–
Total	304	100,0	391	100,0	50	100,0	7	100,0

\*Excluídos 4 casos de sexo ignorado.

A morbidade por violência é difícil de ser mensurada, seja pela escassez de dados, pela imprecisão das informações geradas por meio dos boletins de ocorrências policiais, pela pouca visibilidade que têm determinados tipos de agravos ou ainda pela multiplicidade de fatores que envolvem atos violentos. Mello Jorge (1988), citando estudos de Wheatley, diz que, para cada morte atribuível a acidente ou violência, de duzentos a quatrocentos casos de lesões não-mortais geram sequelas e incapacidades prematuras. Porém, o problema não se reduz às lesões físicas e alcança nível incomensurável quando se pensa nas relações e conexões criadas como efeito-causa e causa-efeito. O medo é apenas uma das manifestações da vivência da violência. Toda violência social tem, até certo ponto, caráter revelador de estruturas de dominação (de classes, grupos, indivíduos, etnias, faixas etárias, gênero, nações), e surge como expressão de contradições entre os que querem manter privilégios e os que se rebelam contra a opressão. A desvalorização da vida e das normas convencionais, das instituições, dos valores morais e religiosos, o culto à força e ao machismo, a busca do prazer e do consumo imediato estão hoje na base dos códigos paralelos das gangues e 'falanges' que amedrontam nossos centros urbanos (MINAYO; SOUZA, 1999).

Pesquisadores dizem-se preocupados em responder ao senso

comum que torna a violência invisível, naturalizada e inevitável, destacando a unificação da violência enquanto questão ético-política e a demonstração de sua extrema diversidade enquanto situações concretas de estudo e intervenção, ou situando a violência em suas dimensões coletivas, interpessoais e individuais autorreferidas, e tomando-a por atos intencionais de força física ou poder, resultantes em abusos físicos, sexuais, psicológicos e em negligências ou privações. Esses estudiosos vêm demonstrando a alta magnitude, as possibilidades de controle e de assistência a seus múltiplos agravos, fluindo abordagens relacionadas às desigualdades sociais ou desajustes familiares, às das iniquidades de gênero e de raça ou etnia, o que implica em reconstruções dos conceitos clássicos de família, geração e classe social (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006).

A definição de “força corporal” associa a intencionalidade à violência, e independentemente do resultado que produza, pode gerar controvérsias. Em muitos casos, é extremamente difícil determinar se a intenção de utilizar a força também está associada à intenção de causar danos. Além disso, pode haver diferenças entre o comportamento pretendido e a consequência desejada. Outro aspecto a destacar nessa definição é a utilização da expressão “poder”, ao invés de unicamente “força corporal”. Com isso, ampliam-se os limites do ato violento, incluindo-se atos que resultam de uma relação de poder, como a intimação e a ameaça (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

Os homicídios perpetrados com arma de fogo respondem pela enorme maioria – 92,5% – das mortes por essa causa no Brasil (WEISELFISZ, 2008), e se o tema da mortalidade violenta, em geral, e o dos homicídios, em particular, tem merecido crescente atenção, tanto na mídia quanto na academia, o mesmo não tem ocorrido com a questão das armas de fogo. São contados os trabalhos que tentam quantificar ou qualificar esse fenômeno, que, aliás, tem merecido destaque e atenção pontual em diversos foros nacionais e internacionais. Além disso, o Estatuto do Desarmamento, promulgado em 22 de dezembro de 2003, a Campanha Nacional pelo Desarmamento, iniciada em julho de 2004, as discussões que precederam o Referendo do Desarmamento e o próprio Referendo, realizado em 23 de outubro de 2005, e a atual discussão à luz das propostas de reformulação e abrandamento do Estatuto do Desarmamento no Legislativo são momentos de destaque, no contexto nacional, que indicam a crescente relevância conferida ao problema. Mas esse destaque não foi acompanhado, ainda, por

concomitante aprofundamento metodológico e conceitual sobre o tema (WEISELFISZ, 2008).

Quanto ao motivo, a tabela 11 mostra uma porcentagem maior de registro de agressões por violência doméstica (40,5%), seguida de conflito envolvendo drogas ou álcool (19,9%). Para os homicídios, 71,9% das mortes ocorreram por conflito envolvendo álcool e drogas, seguido de 19,3% de ódio ou vingança.

**Tabela 11** – Distribuição das agressões e homicídios em relação ao motivo. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Motivo	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Assalto	23	3,3	3	5,3
Cobrança de dívida	29	4,1	-	-
Conflito álcool/drogas	139	19,9	41	71,9
Desavença	102	14,6	-	-
Estupro/ atentado violento ao pudor	49	7,0	-	-
Ódio/vingança	36	5,2	11	19,3
Outros conflitos	16	2,3	1	1,8
Viol. Doméstica	283	40,5	1	1,8
Viol. escola/bullying	22	3,1	-	-
Total	699	100,0	57	100,0

A Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, destinou-se especificamente ao combate à violência doméstica e familiar, reconhecendo-a como uma violação dos direitos humanos, e procurou definir uma política pública articulada destinada à segurança das mulheres. Assim, as reivindicações e reflexões suscitadas pelo movimento de mulheres mostram que o comportamento violento e suas consequências podem ser evitados, tanto quanto seu impacto pode ser reduzido e amenizado (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2008).

A violência doméstica e/ou familiar não é uma ocorrência exclusiva de determinada classe, faixa etária ou população, mas, mesmo assim, tende a vitimizar, prioritariamente, certos grupos da sociedade, como as mulheres, as crianças e os idosos. De maneira geral, a violência doméstica pode acarretar graves consequências, constituindo-se num problema da alçada tanto da esfera jurídica, pois resulta de ações criminosas, quanto do setor de saúde, pelos agravos que acometem suas vítimas. Assim, é de se esperar que os sujeitos que padecem com esta situação procurem pelos dois serviços, e que em ambos possam ser encontrados registros de boa qualidade. Fica claro que o setor de saúde e o serviço

policial desempenham juntos um significativo papel no atendimento dessa demanda tão singular, em que vítima e agressor (familiar), geralmente, possuem estreitos laços afetivos (DOSSI *et al.*, 2008).

No que se refere aos motivos a que são atribuídas as agressões, em estudo realizado em Araçatuba (SP) prevaleceram os desentendimentos domésticos em todos os grupos sociais, e de um quarto a um quinto dos agressores estavam alcoolizados no momento da agressão. Nessa pesquisa, a ingestão de bebidas alcoólicas pelo agressor foi relatada em um quarto dos casos, enquanto o uso de drogas ilícitas foi limitado, fato que pode estar associado justamente ao seu caráter ilícito, ou seja, é possível que a vítima, em seu depoimento, tenha omitido a informação sobre a presença de entorpecentes na tentativa de proteger o causador da agressão (DOSSI *et al.*, 2008). O presente estudo observou 30,4% dos agressores alcoolizados e 20,1% drogados (tabela 7, página 49). Sabe-se que o uso de drogas, tanto lícitas como ilícitas, na maioria das vezes, está presente no contexto da violência doméstica (MARINHEIRO, VIEIRA, SOUZA, 2006).

A violência doméstica tem origem em todo um contexto social. A agressão a mulheres reflete as amplas estruturas que provocam a desigualdade econômica e social na sociedade. A família vem passando por um processo de fragmentação devido a mudanças sociais, políticas e econômicas, e a violência no ambiente doméstico é difícil de ser reconhecida, pois é cercada pelo medo, a dor e o silêncio, e varia desde humilhações, ameaças e acusações até a violência física (VIEIRA *et al.*, 2008).

Os termos ódio ou vingança foram usados para expressar características e sentimentos humanos pertencentes a um mesmo campo de significação de pulsão de morte ou pulsão de destruição, onde o indivíduo aponta para uma conduta compulsiva muito agressiva (PEREIRA, 2006). Nesta pesquisa, 19,3% dos casos de homicídio estão ligados a esse tipo de pulsão.

A tabela 12 mostra que as agressões registradas em BO ocorrem, em sua maioria, em relações afetivas (27,5%), seguidas por relações comunitárias (24,3%) e de parentesco (20,6%). Nos registros de homicídios, em 63,2% dos casos não existe menção desse tipo, mas, quando aparece, 24,6% das vezes diz respeito a relações comunitárias.

**Tabela 12** – Distribuição de agressões e homicídios quanto à relação da vítima com o agressor. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Rede Social	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Afetiva	192	27,5	1	1,7
Afiliação/parentesco	144	20,6	1	1,7
Amizade	37	5,3	–	–
Comunitária	170	24,3	14	24,6
Desconhecidos	70	10,0	3	3,5
Trabalho/estudo	31	4,4	3	5,3
Ignorado	55	7,9	36	63,2
Total	699	100,0	57	100,0

A violência conjugal também afeta os filhos do casal, pois crianças que testemunham violência conjugal estão mais propensas a apresentar diversos problemas psicológicos e comportamentais, incluindo ansiedade, depressão, baixo desempenho escolar, baixa autoestima, desobediência, pesadelos e queixas físicas. A violência conjugal pode afetar, direta ou indiretamente, a mortalidade infantil, tanto na forma de abortos, fetos natimortos ou mortalidade infantil tardia (HEISE; GARCIA-MORENO, 2002).

Devido à força da corrente culturalista, crimes cometidos em nome da família, da religião e da cultura do grupo permaneceram por muito tempo fora do escrutínio dos tratados internacionais de direitos humanos. Como sabemos, existem religiões que consagram as desigualdades entre homens e mulheres nos seus princípios. No conflito entre dois direitos, o direito abstrato à liberdade religiosa tem permanecido como superior ao direito à vida, ao exercício da sexualidade, da realização pessoal, do trabalho e de tantos outros (FERREIRA, 2005).

A tabela 13 mostra o segmento corpóreo atingido nas agressões e nos homicídios registrados em BO nos anos estudados, podendo a vítima ter mais de uma lesão ou parte do corpo atingida. Como a maior parte das agressões é por uso de força corporal (conforme tabela 10, pág. 55), aqui aparecem principalmente lesões na cabeça/face (62,2%) e nos braços (45,4%). Para os homicídios, lesões no tórax e na cabeça são as principais, indicando partes do corpo preferenciais nos casos de assassinatos, especialmente por armas de fogo.

**Tabela 13** – Distribuição de agressões e homicídios em relação ao segmento corpóreo atingido na agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008.

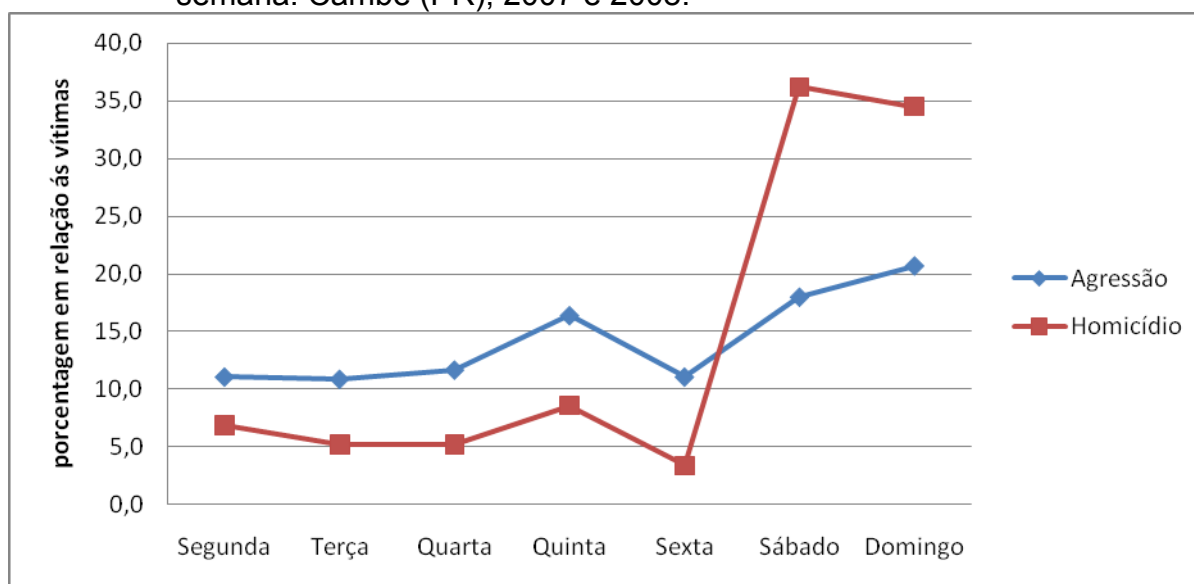
Parte do corpo atingida.	Agressão		Homicídio	
	N	%*	N	%*
Cabeça/Face	435	62,2	27	47,4
Pescoço	86	12,3	3	5,3
Dorso	105	15,0	–	–
Tórax	164	23,5	28	49,1
Abdome	150	21,5	13	22,8
Pelve	53	7,6	2	3,5
Pernas	158	22,6	1	1,8
Braços	317	45,4	1	1,8
Nenhuma	110	15,7	1	1,8

\* Percentual calculado em relação ao total de agressões e de homicídios.

Conhecer as lesões mais comuns numa situação de violência intrafamiliar é importante para que o profissional de saúde possa suspeitar de casos não declarados (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000). O segmento corpóreo preferencial das lesões encontradas no estudo (região de cabeça e pescoço e membros superiores) está em concordância com o relatado em outros trabalhos. Sabe-se que a cabeça, normalmente, constitui o segmento de maior ocorrência de ferimentos nas agressões (GIANINI; LITIVOC; ELUF-NETO, 1999; DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000; JARAMILLO; URIBE, 2001; SCHRAIBER *et al.*, 2002; GARBIN *et al.*, 2006), sendo que os membros superiores provavelmente podem ter servido de anteparo para as vítimas se defenderem de agressões dirigidas ao rosto. Na maioria dos casos, os agressores valem-se do seu próprio corpo (socos, pontapés, tapas, empurrões) para prejudicar a vítima (DOSSI *et al.*, 2008).

A figura 7 mostra que a ocorrência de agressões e de homicídios é mais frequente aos domingos (20,7% para agressões e 34,5% para homicídios) e aos sábados (18% para agressões e 36,2% para homicídios) com as quintas-feiras em terceiro lugar (16,4% para agressões e 8,6% para homicídios). As linhas de porcentagem para agressão e homicídio, seguem padrão similar de desenho nessa tabela.

**Figura 7** – Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao dia da semana. Cambé (PR), 2007 e 2008.



Os dados encontrados são semelhantes aos de trabalho de análise de boletins de ocorrência no município de São Paulo, apontando que os dias da semana que apresentaram maior proporção de agressões correspondem aos finais de semana. Verificou-se que 53% do total de casos ocorreram no sábado, no domingo e na sexta-feira, e que a quarta-feira é o dia com menor número de vítimas (GAWRYSZEWSKI; KAHN; MELLO JORGE, 2005).

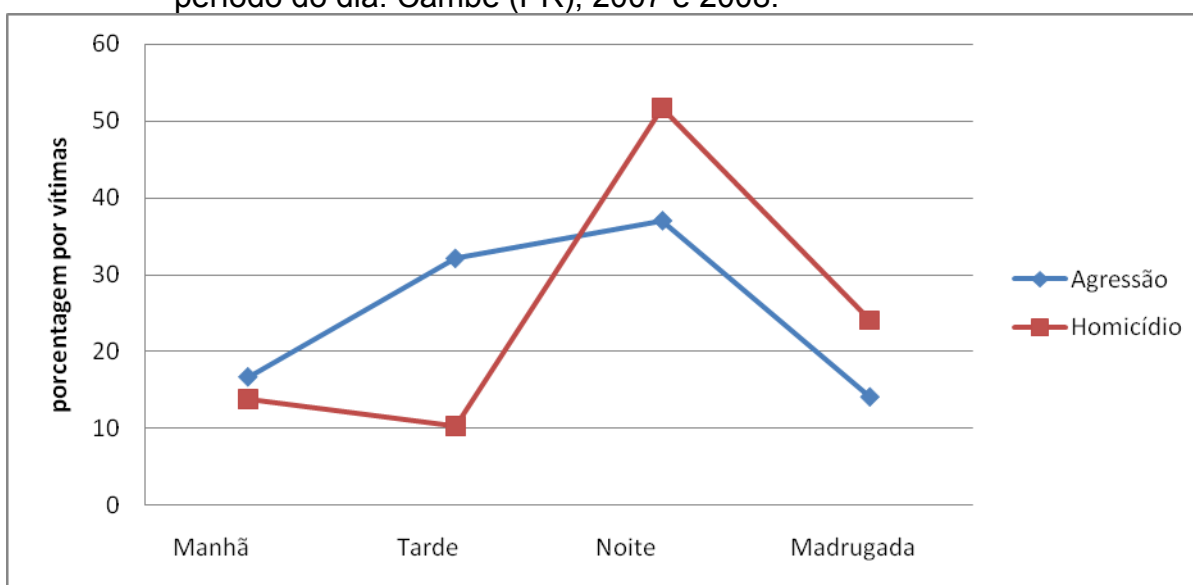
Da mesma forma, estudo realizado por Deslandes, Gomes e Silva (2000), num serviço de emergência hospitalar do Rio de Janeiro (RJ), constatou predominância de agressões durante o final de semana. Outros autores (DOSSI *et al*, 2008) referem, em estudo realizado em Araçatuba (SP), a maior frequência de agressões entre casais nos finais de semana. Esta também é a tendência nacional. Análise dos homicídios no Brasil de 1994 a 2002 (GONÇALVES; BATITUCCI, 2007) constatou que a maior parte dos eventos ocorre nos finais de semana, com evolução significativa a partir da sexta-feira, e 50% acontecem no período da noite ou madrugada. Em Cambé, o registro de eventos na quinta-feira é maior que na sexta; pode-se supor que a causa esteja ligada ao fato de que esse é um tradicional dia de bailes e bailões em vários bairros da cidade.

Os mapas da violência da UNESCO mostram que a violência juvenil acontece principalmente em horários recreativos e que os homicídios aumentam mais de 70% nos finais de semana em relação aos demais dias. Considerando que o consumo de bebidas alcoólicas é maior nesses dias, faz-se necessário atentar para

a relação entre ambos os eventos (CONASS, 2007). O álcool pode reduzir inibições, afetar capacidades de julgamento, precipitando casos de violência. Quando alcoolizadas, muitas pessoas apresentam dificuldades para lidar com contingências, superestimam seu poder, aceitam correr mais riscos e respondem com maior agressividade às provocações, exacerbando elementos de conflito presentes na socialização humana (FRANCH, 2003).

Na figura 8, pode-se observar que o período da noite é o de maior ocorrência de agressões (37,0%) e de homicídios (51,7%), seguido da tarde para agressões (32,1%) e da madrugada para homicídios (24,1%). Destaque-se, ainda, o maior número de agressões e homicídios a partir da 19h00, com um pico de ocorrências entre 21h00 e 22h00.

**Figura 8** – Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao período do dia. Cambé (PR), 2007 e 2008.



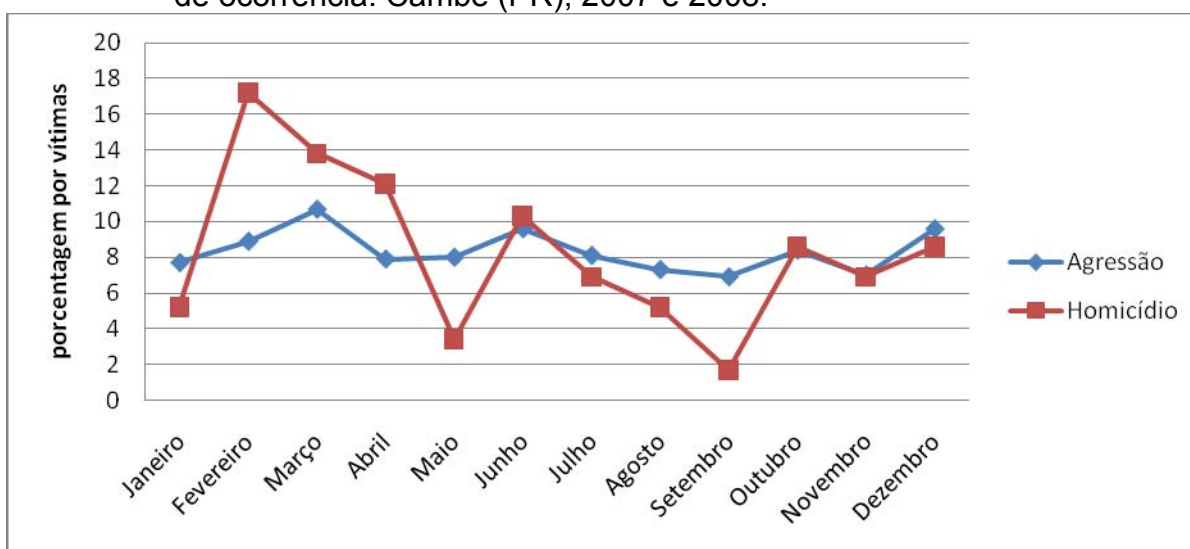
É durante a noite e a madrugada que ocorre a maior parte dos crimes; entre 19h e 1h foram registrados 41,1% dos eventos, havendo coincidência entre residência da vítima e local do crime para 50,6% das vítimas. Em estudo realizado em São Paulo (SP), para 24,0% dos óbitos o local onde ocorreu a agressão era próxima à residência da vítima (GAWRYSZEWSKI; KAHN; MELLO JORGE; 2005). Analisando as características das vítimas de violência física atendidas em um serviço de saúde, pode-se afirmar que homens solteiros apresentam maiores riscos de se envolverem em agressões, devido a hábitos

noturnos e solitários (GIANINI; LITIVOC; ELUF NETO, 1999).

Quanto ao horário de maior ocorrência de agressões físicas intrafamiliares registradas em Araçatuba (SP), há referência de maior frequência de agressões no período das 12h00 às 24h00 horas (DOSSI *et al.*, 2008). Outro estudo, realizado no Rio de Janeiro (DESLANDES; GOMES; SILVA, 2000), num serviço de emergência hospitalar, constatou predominância de agressões no período das 20h00 às 8h00 horas.

Quanto ao mês de registro de agressões e homicídios nos boletins de ocorrência da Polícia Civil e Militar de Cambé, observa-se, na figura 9, que há um aumento sensível de casos de agressão e homicídios em determinados meses. Por exemplo, quando os feriados nacionais coincidem com festas do município, como o Carnaval em fevereiro (8,9% agressões e 17,2% homicídios); ou em junho, com as festas juninas junto com o dia do padroeiro da cidade, Santo Antônio (9,6% agressões e 10,3% homicídios); em dezembro, com as festas de final de ano (9,6% agressões e 8,6% homicídios); ou em outubro, quando o feriado nacional de Nossa Senhora Aparecida se junta à Festa das Nações de Cambé (8,4% agressões e 8,6% homicídios). Esse aumento é ainda mais visível em casos de homicídio. Na falta de pesquisas mais específicas, um dos indicadores que pode sugerir a influência do álcool na violência é a sazonalidade das ocorrências de agressões e homicídios no município, de forma semelhante ao observado em outros estudos (CRUZ; BATITUCCI, 2007).

**Figura 9** – Distribuição percentual de agressões e homicídios em relação ao mês de ocorrência. Cambé (PR), 2007 e 2008.



Pesquisa realizada no período de Carnaval em Recife (FRANCH, 2004) mostrou que 85,2% das vítimas de violência tinham álcool no sangue. Em Cambé, verificamos neste trabalho que, das vítimas de homicídio, para 41,4% havia relato de uso de álcool, e para 44,8%, uso de drogas (tabela 7, página 49). Considerando que o consumo de bebidas alcoólicas aumenta em datas festivas, a relação entre os dois fatos precisa ser mais bem analisada.

Observa-se também, a partir do Século XIX, a expansão da indústria de drogas lícitas, com a produção em grande escala de bebidas alcoólicas e tabaco, e correlação entre o consumo destas substâncias e sensações de *status*, segurança, sucesso, ascensão e prazer. A força econômica das empresas de bebidas pode ser vista pela quantidade e qualidade de propagandas em todas as mídias, nas quais o consumo de álcool aparece associado ao glamour, à juventude, à beleza e à alegria (FRANCH, 2003).

Segundo FRANCH (2004), pesquisa-se muito a relação entre tráfico de drogas e violência, mas não se dá tanta atenção ao álcool, e uma das razões para isso é a naturalização do consumo de álcool e a inexistência de tradição de testagem de alcoolemia em vítimas de violência. Porém, a extensão do uso do álcool e os fortes indícios sobre a interface entre seu consumo e a ocorrência de agressões justificariam um esforço maior neste sentido.

Alguns estudos indicam uma sazonalidade nos homicídios, não como uma tendência marcante, mas uma taxa maior no verão (26,6%) e uma menor no inverno (23,6%) (GONÇALVES; BATITUCCI, 2007). Em Cambé, também se verifica esta sazonalidade (figura 9, página 65). Conhecer o padrão sazonal da violência é importante, visando à adoção de medidas preventivas específicas e políticas públicas dirigidas a esses eventos.

Estudos demonstram que homicídios são fenômenos estruturais, que comportam noções de tendência de mudanças graduais, seguem um padrão estável de relações com as variáveis externas com que apresentam correlação (unidades diárias, mensais ou anuais), e sua composição interna (idade, gênero, raça, etc.) também é estável (SOARES, 2008).

A tabela 14 mostra que as agressões ocorrem em sua maioria (52,6%) nas residências, e os óbitos em sua maioria (63,2%) nas ruas ou estradas.

**Tabela 14** – Distribuição das agressões e homicídios segundo o local de ocorrência da agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Local da agressão	N agressão	% agressão	N óbito	% óbito
0 – Residência	368	52,6	13	22,8
1- Habitação coletiva	7	1,0	–	–
2- Escolas e instituições	28	4,0	–	–
3- Áreas para prática de Esportes	3	0,4	–	–
4- Rua ou estrada	192	27,5	36	63,2
5- Áreas de comércio e Serviços	55	7,9	1	1,8
6- Bares, boates, casas de Show	21	3,0	–	–
8- Fazenda	9	1,3	1	1,8
9- Outros	16	2,3	6	10,5
Total	699	100,0	57	100,0

Estes resultados encontram concordância com os apresentados por pesquisa de homicídios no Brasil (GONÇALVES; BATITUCCI, 2007), que observou que 52,5% dos homicídios ocorrem em via pública e 19% nas residências.

Outra pesquisa verificou que 45,9% dos homicídios ocorrem em via pública; 23,2% na casa da vítima; 9,0% nos bares; 5,6% em locais ermos; 5,2% em estabelecimentos comerciais; 4,7% na casa do agressor; 3,9% não é informado o local; 2,1% em celas de cadeias ou presídios e 0,4% ocorre em outros locais (BEATO FILHO, 2005). Os dados mostram que a identificação da localização do crime facilita sua prevenção. No caso de homicídio, é notório que o mesmo ocorre principalmente em vias públicas, nas proximidades das casas das vítimas e/ou dos autores, após esses saírem de bares e/ou de outros estabelecimentos que vendem bebidas alcoólicas (BONFIM JÚNIOR, 2008).

A tabela 15 apresenta as regiões administrativas e seus coeficientes de agressão considerando o local de ocorrência, mostrando que a região Norte do município pode ser considerada a região com maior risco de violências. Em relação a homicídios, o maior índice apresentado é na região Sudeste (CGM de 88,5 por 100.000 habitantes).

**Tabela 15** - Coeficiente de Agressão (CGA) e Coeficiente de Mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo a região da ocorrência da agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008.

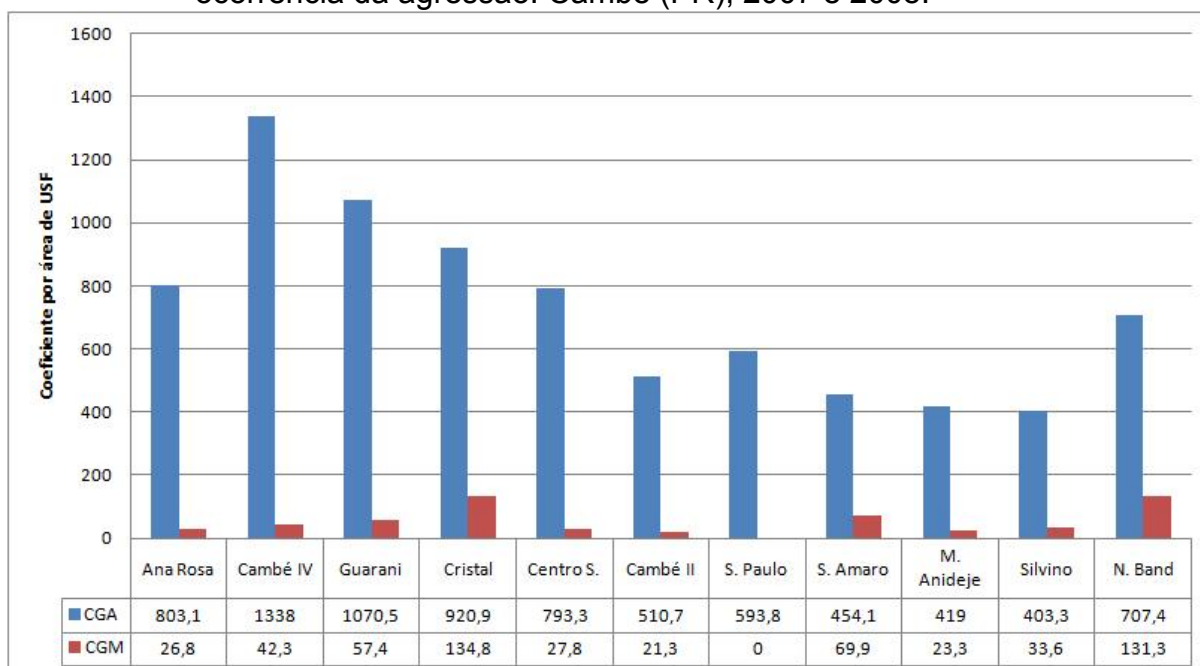
Região	População	N	AGRESSÃO		CGM
			CGA	N	
Centro	33.451	248	741,4	15	44,8
Norte	18.307	185	1.010,5	6	32,8
Leste	22.653	105	463,5	10	44,1
Sudeste	20.349	122	599,5	18	88,5
Rural	5.628	15	266,5	1	17,8
Outros		7	...	6	...
Ignorado		17	...	1	...
Cambé	100.388	699	696,3	57	56,8

Em relação a homicídios, a figura 10 mostra que as áreas das USF do Cristal e do Novo Bandeirantes têm os maiores coeficientes. Comparando-se com a figura 4 da página 31, verifica-se que uma região é distante da outra, o Cristal fica no Centro e o Novo Bandeirantes na Região Sudeste da cidade.

Confirmando estes dados, a figura 10 mostra que as áreas das USF Cambé IV, Guarani e Cristal têm os maiores coeficientes de agressão por 100.000 habitantes, sendo que estas USF se localizam nas Regiões Norte (área 007) e Noroeste (áreas 020 e 019) da cidade (figura 5, página 47).

A figura 10 traz uma visualização clara sobre os coeficientes, mostrando que as áreas de USF com maior índice de agressões não são as mesmas que apresentam maior índice de homicídios.

**Figura 10** - Coeficiente de Agressão (CGA) e Coeficiente de Mortalidade (CGM) por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo área de USF da ocorrência da agressão. Cambé (PR), 2007 e 2008.



A análise dos dados apresentados neste estudo revela coeficientes diferenciados para cada área ou região do município. Deve-se ressaltar que, embora o fenômeno seja o mesmo, as dinâmicas geradoras desse processo têm especificidades que devem ser levadas em consideração na aplicação de políticas públicas regionalizadas de assistência e de prevenção desses eventos.

No que se refere às taxas de homicídio, estudos indicam importantes diferenças entre as capitais brasileiras. Isso se deve à diversidade de hipóteses e variáveis consideradas, a grande maioria delas tentando compreender o efeito dos determinantes socioeconômicos (SOUZA; LIMA, 2007). Além das diferenças entre municípios, existem disparidades intramunicipais encontradas em alguns estudos (CRUZ, 1996; SOUZA; ASSIS; SILVA, 1997; CANO; SANTOS, 2001; NAJAR, 1997) que analisaram áreas metropolitanas do Brasil, mostrando que o número de homicídios é mais alto nos bairros pobres e mais baixo em áreas favorecidas, sendo a região intramunicipal a que revela mais forte influência da variável renda. No entanto, ao comparar os Estados brasileiros, os mesmos autores concluem que as variáveis renda, educação e desigualdade têm um impacto menos significativo nas taxas de homicídios do que a variável urbanização. Ou seja, as municipalidades com alta proporção de população urbana detêm taxas muito mais altas de homicídios

(SOUZA; LIMA, 2007).

A América Latina apresenta um dos os maiores índices de violência do mundo. Entretanto, parece haver uma distribuição geográfica desigual desses índices, por fatores relacionados às desigualdades sociais, falta de oportunidade de emprego, segregação urbana, drogas, armas e álcool, e que também pode ser explicada por diferenças nos contextos sociais e nos modelos políticos dos países (BRICEÑO-LEON; VILLAVECES; CONCHA-EASTMAN, 2008).

A magnitude e a evolução crescente da mortalidade por homicídios aparecem também no Paraná, colocando essa causa de morte como um dos principais problemas de saúde e representando, em última instância, um indicador da deterioração das condições de vida, das estruturas sociais e das garantias de cidadania da população. Futuros estudos devem ser desenvolvidos para melhor entender as grandes diferenças nos riscos de homicídios encontradas entre as Regionais de Saúde do Estado do Paraná, já que as taxas de homicídio têm tendência de serem maiores em regiões altamente urbanizadas, com alto grau de desigualdade social e de desemprego entre jovens (LOZADA *et al.*, 2009).

A vivência cotidiana, o desemprego, a convivência familiar, a violência urbana e as crenças estão interconectadas com o sofrimento psíquico em famílias de vulnerabilidade social, apontando tanto a necessidade de se considerar a realidade do sujeito quanto a importância de modelos de atenção à saúde que coloquem em evidência os recursos comunitários e sua influência na vivência do sofrimento (PINHEIRO; SANTOS; SANTOS, 2009).

É necessário fazer uso das ferramentas da epidemiologia para determinar fatores de vulnerabilidade e risco social, mas em conjunto com outras disciplinas que permitam olhares mais amplos, dinâmicos e complexos sobre a sociedade e seus distintos grupos e classes sociais, envolvendo transformações na própria concepção de Estado e de sociedade, e conseqüentemente no modelo de desenvolvimento, tendo como base a coesão social e as políticas universais de proteção social (COSTA, 2009).

Embora o crescimento da violência seja sentido por toda a comunidade de Cambé, ele não se dá de forma homogênea em todas as regiões do município. Ferraz (1994) sugere que o estudo da violência seja realizado observando a natureza própria do ser humano, averiguando sua natureza instintiva e o seu ambiente e a influência causada pelo meio em que a cidade está inserida.

### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS AGRESSORES

Os dados a seguir dizem respeito aos agressores nos casos de agressões e homicídios registrados no Município de Cambé. Este estudo enfrentou dificuldades metodológicas causadas pelas fontes de informação sobre morbidade e mortalidade por agressão. O formulário de declaração de óbito, padronizado pelo SIM, apresenta partes do questionário não respondidas ou com respostas assinaladas como ignoradas, e, na área da segurança pública, os boletins de ocorrência não têm padronização de registro, havendo também grande número de questões não respondidas ou cuja informação é ignorada.

Assim, as altas taxas de falta de informação quanto à escolaridade à ocupação, raça/cor e estado civil impedem a descrição mais precisa destas características.

A tabela 16 mostra que os agressores, em sua maioria, são do sexo masculino, tanto para as agressões (71,2%) quanto para os homicídios (36,8%), mas, nos homicídios, existe grande porcentagem de agressores dos quais não se obteve informação sobre o sexo (61,4%).

**Tabela 16** – Distribuição de agressores em casos de agressões e homicídios, em relação ao sexo. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Sexo	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
Feminino	106	15,2	1	1,8
Masculino	498	71,2	21	36,8
Ignorado	95	13,6	35	61,4
<b>Total</b>	699	100,0	57	100,0

A mortalidade sofre influência das relações de gênero desenvolvidas na sociedade, com a violência representando um tipo de afirmação de masculinidade, o que determina não só mais episódios violentos envolvendo as pessoas do sexo masculino, mas também uma forma de domínio sobre o sexo feminino (LOPES *et al.*, 2002), levando a maioria das agressões a ser praticada por homens, principalmente no ambiente doméstico (SILVA, 2003).

Acerca dos motivos da agressão, os chamados “desentendimentos domésticos”, que se referem às discussões ligadas à convivência entre vítima e

agressor (a respeito de educação dos filhos, limpeza e organização da casa, distribuição das tarefas domésticas) prevaleceram em todos os grupos, fato compreensível se se considerar que o lar foi o local de maior ocorrência das agressões. Para Santin *et al.* (2002), são os fatos corriqueiros e banais os responsáveis pela conversão de agressividade em agressão. Outros investigadores acrescentam que o sentimento de posse do homem em relação à mulher e aos filhos, bem como a impunidade, são fatores que generalizam a violência (DOSSI *et al.*, 2008).

O poder aparece onde quer que as pessoas se unam e ajam em consonância de objetivos; já a violência caracteriza-se por seu caráter instrumental, surgindo como último recurso para conservar intacta a estrutura de poder frente às contestações (ARENDR, 1994). Dessa maneira, violência e poder estão em oposição. Chama atenção a forma de domínio, exploração e opressão nas relações de gênero, tomando a mulher não em sua dignidade humana, mas como propriedade pessoal. Nesse sentido, o discurso masculino coisifica a mulher, oprimindo-a, privando-a de seus desejos, de sua opinião e de sua fala (COUTO, 2005).

A tabela 17 apresenta a idade do agressor, mas em elevado número de registros de agressões (80,6%) e de homicídios (75,4%) este dado é ignorado. Nos demais, aparece em maior porcentagem os menores de 18 anos (9,0% para agressões e 13,8 para homicídios), seguidos de pessoas de 30 a 59 anos de idade, ou seja de adultos jovens.

**Tabela 17** – Distribuição de agressores em casos de agressão e homicídios, em relação à idade. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Idade	Agressão		Homicídio	
	N	%	N	%
<18	63	9,0	8	13,8
18 A 29	23	3,3	2	3,5
30 A 59	47	6,7	4	7,0
60 OU +	3	0,4	—	—
IGNORADO	563	80,6	43	75,4
Total	699	100,0	57	100,0

No perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar denunciada em Araçatuba (SP), entre 2001 e 2005, verifica-se que, quando as agressões ocorrem entre pais ou responsáveis e filhos, crianças de até 11 anos e adolescentes (12-19 anos) representam grande parte das vítimas (34,3% e 33,8%, respectivamente). No entanto, os adolescentes foram responsáveis pelas agressões em 3,8% dos casos, enquanto os mais velhos ( $\geq 60$  anos) corresponderam a 5,2% das vítimas. Além disso, pode-se destacar que, quando os agressores são adultos ( $\geq 20$  anos), são em sua maioria homens em todas as faixas etárias. Entre os agressores de ambos os sexos, predominam os mais jovens (43,7% com idade entre 20-34 anos) (DOSSI *et al.*, 2008).

Pesquisas em várias partes do mundo indicam que cerca de 2/3 dos agressores de idosos são filhos homens ou cônjuges. Em geral, o agressor físico e emocional usa drogas. Cerca de 90% dos casos de violências e negligências contra idosos acontecem dentro dos lares (MINAYO, 2005), com os filhos correspondendo a 45,3% dos agressores, companheiros e cônjuges a 15,4%, e noras e genros a 8,2%.

Na tabela 18, estão apresentadas as áreas de USF de moradia dos agressores. Em 27,8% das agressões e 68,4% dos homicídios, essa informação é ignorada.

**Tabela 18** – Coeficiente de Agressão (CGA) e Mortalidade (CGM) por Homicídios (por 100.000 habitantes), segundo área de USF de residência do agressor. Cambé (PR), 2007 e 2008.

USF	População	N	AGRESSOR		
			CGA	N	CGM
Ana Rosa	11.207	71	633,5	2	17,8
Cambé IV	7.100	83	1.169,0	6	84,5
Guarani	5.231	45	860,3	2	38,2
Cristal	4.452	40	898,5	1	22,5
Centro S.	14.370	57	396,7	2	13,9
Cambé II	9.398	34	361,8		-
S. Paulo	4.042	17	420,6		-
S. Amaro	14.315	42	293,4	1	7,0
M Anideje	4.296	11	256,1	1	23,3
Silvino	8.926	25	280,1		-
N. Band.	11.423	71	621,6	2	17,5
Outros		9	...	1	...
Ignorado		194	...	39	...
Rural	5.628		-		...
Cambé	100.388	699	696,3	57	56,8

Encontramos na Região Norte da cidade a área da USF Cambé IV, onde o número de agressores é maior que nas outras e que a média do município. O coeficiente para agressão também é mais elevado nas áreas de USF do Cristal e Guarani. Entre os homicídios, as áreas das USFs Cambé IV e Guarani apresentam coeficientes mais elevados.

Trabalhos mostram que não basta identificar variáveis correlatas com o crime. É possível e importante localizá-las espacialmente, de forma que as diretrizes para a elaboração de políticas de combate e prevenção à violência possam ser focadas em áreas geográficas específicas e em populações-alvo, de forma a garantir a eficácia de seus resultados (BRUNET, 2008).

Na tabela 19 estão apontadas as regiões de moradia dos agressores. De forma semelhante à distribuição dos agressores por áreas de USF, em 27,8% das agressões e 68,4% dos homicídios a moradia dos agressores é ignorada.

**Tabela 19** – Coeficiente de Agressão (CGA) e Mortalidade (CGM) por Homicídios (por 100.000 habitantes), por região de moradia dos agressores. Cambé (PR), 2007 e 2008.

Região	População	N	AGRESSOR		
			CGA	N	CGM
Centro	33.451	170	508,2	5	14,9
Norte	18.307	154	841,2	8	43,7
Leste	22.653	70	309,0	2	8,8
Sudeste	20.349	96	471,8	2	9,8
Rural	5.628	6	106,6		-
outros		9	...	1	...
Ignorado		194	...	39	...
Cambé	100.388	699	696,3	57	56,8

Encontramos a Região Norte como aquela onde o número de agressores é maior, assim como o coeficiente para homicídios.

A espacialização das mortes por homicídios em capitais brasileiras, relacionando-as com densidade populacional, percentuais de urbanização e IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), e ICV (Índice de Custo de Vida), parece indicar que, além de se manter muito presente nas grandes cidades do país, a violência está assolando outros espaços sociais e envolvendo outros determinantes. Um deles refere-se à conexão interna entre as diversas cidades do Brasil e as redes

internacionais do tráfico de drogas, armas, mulheres/crianças, pedras preciosas, fauna e flora/madeira. Essas redes, que se articulam em torno de atividades ilegais, altamente perigosas e com rotas bem estabelecidas no País, têm se constituído como um processo social potencializador de homicídios (PROCÓPIO, 1999).

Dada a precariedade das fontes, pouco se sabe sobre as características dos agressores. Alguns dados mostram que seu perfil não difere muito do perfil das vítimas, sugerindo que tornar-se vítima ou agressor depende mais de circunstâncias do que de outra coisa (BARATA; RIBEIRO; SORDI, 2008).

Há de se levar em consideração que, entre os criminosos, em geral, o nível educacional é baixo. Esse fato sugere, também, uma correlação entre escolaridade, condições do mercado de trabalho e crimes. Assim, boa parte dos estudos feitos no Brasil confirma os efeitos das variáveis socioeconômicas, principalmente desigualdade de renda, baixos salários e desemprego, sobre os crimes contra a propriedade. Os resultados são menos convergentes quanto aos crimes que envolvem violência (BRUNET, 2008).

Estudo feito em Belo Horizonte, entre dezembro 2003 e dezembro de 2005, analisou as diferentes motivações dos agressores e as situações em que se davam os homicídios. Partiu do princípio de que homicídio é um fenômeno qualitativamente distinguível através da relação entre vítima e agressor e concluiu que as características dos agressores são muito semelhantes às das vítimas, demográfica e socialmente falando, sendo que os homicídios ocorrem entre pessoas cujas relações sociais são próximas, além de notar-se que agressores são, em sua maioria, homens, que usam arma de fogo. Homicídios ocorrem mais em vias públicas quando advindos de conflitos cotidianos ou interpessoais diversos, e ocorrem mais em domicílios quando advindos de conflitos amorosos. Notou-se, ainda, forte relação com o uso de álcool e drogas e, principalmente, o baixo status ocupacional e a baixa idade dos envolvidos. Os crimes ocorreram mais no período da noite e em finais de semana, e envolvendo residentes em locais cujas características assemelhavam-se às áreas onde os crimes ocorreram, ou seja, com altos índices de desvantagem social (SILVA, 2006). São dados que vêm ao encontro dos achados neste estudo.

Questiona-se sobre o comportamento violento, se é algo pertencente a uma classe *própria* do fenômeno urbano ou é a materialização de um *estado* que começa com a sociedade altamente segregada do espaço urbano, que passa pela

pobreza e termina na agressão ao indivíduo, num processo de *feedback* (FRANCISCO FILHO, 2004). Sobre essa dimensão, Corbidier (1995) faz a seguinte reflexão:

A violência dos que assaltam, estupram e matam é a mesma, não é outra, diferente ou especial, da qual estaríamos imunes. Apenas em nós essa violência é normalmente contida, graças à educação que recebemos e à situação em que nos encontramos. Nossa virtude cívica, nosso bom comportamento como cidadãos, está na razão direta não só da educação que recebemos, mas principalmente de nossa renda mensal. Se não roubamos é porque fomos educados considerando o roubo um delito e, além disso, porque não precisamos roubar. E, se não matamos ninguém, é pelas mesmas razões. E, porque não precisamos nem roubar nem matar para sobreviver, nos permitimos ignorar as causas econômicas e sociais da violência que se achando em gérmen em todos nós, eclode naqueles que não têm condições de ser virtuosos e bem comportados, pois a carência de educação, o desemprego, a miséria e a fome, os levam a optar pela violência e não pela razão. (CORBIDIÉ, 1995, p. 215)

Conhecer o agressor e entender a sua agressividade é um tema ainda pouco estudado, e a falta de dados, ou a falta de padronização dos registros (GOMES, 1998), é apontada como dificultadora de uma análise mais profunda de suas motivações.

O crescimento da violência tem se tornado, nas últimas décadas, um grave fenômeno social e também um problema de saúde pública, que se traduz em índices crescentes de morbidade e mortalidade. Chama a atenção a partir da década de 1990 a elevação do número de mortes por homicídios, devido a diversas causas, com destaque para os efeitos perversos da ampliação da exclusão e desigualdade social – em especial a visibilidade que adquire em decorrência das formas de comunicação no mundo globalizado -, a deterioração da vida nos espaços urbanos, o desemprego, a miséria, a falta de controle do uso de arma de fogo e o tráfico (AMEPAR, 2010).

Diferentes dimensões devem ser consideradas para explicar o expressivo número de homicídios de jovens por armas de fogo, em especial na periferia das grandes cidades, nos últimos anos. Entre essas, situam-se aspectos estruturais relacionados ao desemprego, à exclusão social e às condições inadequadas da vida urbana (SILVA, 2004). Três correntes distintas procuram responder ao porquê de uma pessoa se tornar agressora: 1) A corrente biológica, que considera condicionamentos biogenéticos, sendo então um fenômeno inerente à natureza humana. Algumas das descobertas recentes mais importantes sobre o

comportamento envolvem a genética, que integra as ciências do comportamento às ciências naturais, tendo encontrado traços de personalidade como os comportamentos de risco, chamados de busca de sensações ou uso e abuso de drogas entre alunos universitários (POLOMIN *et al.*, 2011). 2) A do arbítrio da pessoa: ocorre pelas concepções morais ou religiosas dos sujeitos, associada ou não a doenças mentais. 3) A do fenômeno social, que ocorre em intrincada relação com predisposição genética ou traços de personalidade (AMEPAR, 2010).

Estudo realizado em Porto Alegre (BRENNER, 2009), realizou um trabalho de pesquisa bibliográfica nacional e internacional sobre criminalidade e suas causas e motivações. Certos indivíduos podem ter menos normas avessas a realizar crimes do que outros. A estrutura de suas preferências e normas pode resultar de características genéticas, biológicas ou psicológicas, sendo que nenhuma dessas explicações exclui a presença da racionalidade da escolha. O Prêmio Nobel Niko Timberger defende quatro níveis de análise para explicar o comportamento humano, a) o biológico ou genético; b) o relativo ao desenvolvimento social do ser humano; c) o da situação ambiental, de como o meio ambiente pode afetar o comportamento; d) adaptativo, o que explica como as pessoas reagem aos custos e benefícios das várias alternativas de ação disponíveis.

A violência se fortalece nas sociedades que apresentam profundas desigualdades sociais e uma frágil afirmação dos valores de cidadania e justiça. Exclusão, desigualdade, discriminação, desprezo social e cultural, processo seletivo regulado basicamente pela lógica do mercado global, sentimento de injustiça e impunidade desenham o cenário da violência. Este deve ser encarado como um processo social complexo, instalando-se a relação saúde e violência no momento em que acarreta lesões, traumas físicos e emocionais ou a morte (MINAYO, 1993, 2006).

Mais do que a pobreza absoluta ou generalizada, é a pobreza dentro da riqueza, com os contrastes entre ambas, com a seqüela de maximização e visibilidade das diferenças, que tem maior poder de determinação dos níveis de homicídio de um país (WEISELFISZ, 2010).

## 5 CONCLUSÃO

A análise dos resultados permitiu concluir que:

### 5.1 EM RELAÇÃO ÀS VÍTIMAS

- A maior parte das vítimas das agressões em geral no Município de Cambé é do sexo feminino (56,1%), mas, em relação a homicídios, Cambé apresenta o mesmo padrão de outros estudos, que relatam maior proporção de vítima do sexo masculino (87,7%).
- A vitimização juvenil prevalece no Município, pois há uma proporção maior de agressões (17%) de menores de 18 anos. Em homicídios, a faixa etária predominante foi a de adultos jovens de 18 a 29 anos (50,9%), seguidos dos menores de 18 anos (15,8%).
- Em Cambé, as vítimas foram classificadas principalmente como brancas: 8,3% (75,3% dos informados) das vítimas de agressão e 66,7% (94,7% dos informados) das vítimas de homicídio.
- A maior parte de vítimas de agressão e de homicídios frequentou a escola por um período de 4 a 7 anos, mas informações a este respeito, para agressões, somente aparecem em 11,7% dos registros.
- Para homicídios, foi maior a proporção de solteiros (63,2%) do que de casados e pessoas com relação estável (24,6%).
- Para agressões, observou-se proporção maior de casados ou em relações estáveis (26,8%) do que de solteiros (16,2%) ou de separados/divorciados (4,9%).
- Para agressões, encontraram-se proporções maiores de uso de álcool (30,4%) e drogas (20,1%) nos agressores.
- Para homicídios, encontraram-se proporções maiores de uso de álcool (41,4%) ou drogas (44,8%) nas vítimas.
- Em relação a agressões, 3 áreas de USF apresentaram maior concentração de vítimas – Cambé IV (1.323,9/100.000 habitantes), Cristal (1.055,7/100.000 habitantes) e Guarani (879,4/100.000

habitantes). Estas áreas correspondem a 25% das áreas de USF de Cambé, concentram 27,5% das agressões do Município e têm 16,7% da população total.

- Em relação a homicídios, 4 áreas de USF apresentam maior concentração de vítimas – Cristal (157,2/100.000 habitantes), Novo Bandeirantes (113,8/100.000 habitantes), Silvino (100,8/100.000 habitantes) e Maria Anideje (93,1/100.000 habitantes). Correspondem a 33,3% das áreas de USF de Cambé, concentram 58,0% dos homicídios do Município e têm 29,0% da população.
- O coeficiente de agressão mais elevado do Município está na Região Norte, apresentando CGA 1.010,5/100.000 habitantes.
- Para homicídios, a Região Sudeste se destaca com CGM de 108,1/100.000 habitantes.

## 5.2 EM RELAÇÃO ÀS AGRESSÕES

- Uso de força corporal foi o meio empregado em quase metade (48,3%) das agressões registradas em BO, seguido de disparo por arma de fogo (15,8%) e de uso de objeto cortante ou penetrante ou arma branca (10,0%).
- Em homicídios, verifica-se que o uso de arma de fogo prevalece (84,0%) sobre os demais meios utilizados.
- Mulheres (50,2%) e homens (48,3%) foram vítimas principalmente de agressão por força física.
- Para homicídios, em 84,0% dos casos de vítimas do sexo masculino o instrumento usado foram armas de fogo, assim como em 71,4% dos casos em que as vítimas eram do sexo feminino.
- Em agressões, prevalecem casos de violência doméstica (40,5%), seguidos de conflito envolvendo drogas ou álcool (19,9%).
- Em homicídios, encontram-se 71,9% de conflitos envolvendo álcool e drogas, seguidos de 18,3% de casos de ódio ou vingança.
- As agressões ocorrem principalmente em relações afetivas (27,5%), ou em relações comunitárias (24,3%) ou de parentesco

(20,6%). Para os homicídios, não aparece esta indicação em 63,2% dos registros, mas, quando informada, prevalecem as ocorrências em relações comunitárias (24,6%).

- O segmento corpóreo mais atingido nas agressões foram cabeça/face (62,2%) e braços (45,4%),
- Para os homicídios, prevalecem lesões em tórax (49,1%) e cabeça (47,4%), seguidas de lesões no abdome (22,8%).
- Agressões e homicídios são mais frequentes aos domingos (20,7% para agressões e 34,5% para homicídios), sábados (18,0% para agressões e 36,2% para homicídios), e quintas-feiras (16,4% para agressões e 8,6% para homicídios).
- O período do dia de maior ocorrência de agressões (37,0%) e homicídios (51,7%) é a noite, seguida de tarde para agressões (32,1%) e madrugada para homicídios (24,1%). Destaca-se ainda maior ocorrência de agressões e de homicídios a partir das 19h00, com o pico de ocorrência entre 21h00 e 22h00.
- Nos meses em que coincide haver feriados nacionais e festas do Município, há um aumento sensível de casos de agressão e homicídios, como o Carnaval em fevereiro (8,9% agressões e 17,2% homicídios), festas juninas no mês do padroeiro de Cambé (9,6% agressões e 10,3% homicídios), festas de final de ano (9,6% agressões e 8,6% homicídios), ou ainda em outubro, com o feriado nacional de Nossa Sra. Aparecida e a festa das nações de Cambé (8,4% agressões e 8,6% homicídios). Esta sazonalidade é mais evidente nos casos de homicídios.
- As agressões ocorrem em sua maioria (52,6%) nas residências, e os homicídios (63,2%), nas ruas ou estradas.
- A Região Norte do Município pode ser considerada a mais violenta em relação a agressões comparando com as outras, tanto em relação às vítimas (1.010,5/100.000 habitantes), quanto aos agressores (841,2/100.000 habitantes) e às agressões (1.010,5/100.000 habitantes).

- As áreas das USF Cambé IV (1.338,0/100.000 habitantes), Guarani (1.070,5/100.000 habitantes) e Cristal (920,9/100.000 habitantes) têm o maior Coeficiente Geral de Agressão, localizando-se estas USF especificamente nas Regiões Norte (área 007) e Noroeste (áreas 020 e 019).
- Em relação a homicídios, as áreas das USF do Cristal (138,8/100.000 habitantes) e do Novo Bandeirantes (131,3/100.000 habitantes) têm o maior Coeficiente Geral de Mortalidade. Localizam-se nas Regiões Sudeste (áreas 014, 021, 013) e Centro (área 020).
- As áreas de USF com maior índice de agressões não são as mesmas que apresentam maior índice de homicídios.

### 5.3 EM RELAÇÃO AOS AGRESSORES

- As informações sobre agressores foram as que apresentaram maior proporção de registros ausentes ou ignorados.
- Os agressores, em sua maioria, são do sexo masculino, tanto para as agressões (71,2%) quanto para os homicídios (36,8%). Em homicídios, a maior porcentagem de agressores não foi identificada (61,4%).
- A idade do agressor não aparece em 80,6% dos registros, mas, quando conhecida, a maior porcentagem está em menores de 18 anos (9,0% para agressões e 13,8% para homicídios), seguida de pessoas de 30 a 59 anos de idade.
- A região de moradia dos agressores foi dada como ignorada em 27,8% das agressões e em 66,7% dos homicídios.
- A Região Norte do Município foi a que teve maior número de agressores residentes, tanto para agressões como para homicídios.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência social que ocorre no Brasil e se expressa nos indicadores epidemiológicos e criminais tem demonstrado uma intensidade e uma magnitude sem precedentes, porém as taxas de mortes violentas só refletem a *ponta do iceberg*, cuja magnitude de eventos não letais é muito maior, mesmo levando em conta o sub-registro (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

O tema VIOLÊNCIA tem sido discutido sempre como uma questão da alçada das autoridades de segurança pública, que têm, sim, a missão de coibir, reprimir e combater a violência. Porém, um problema com dimensões tão grandes deve ser trabalhado em todas as esferas da sociedade e setores do governo, com união de forças objetivando a diminuição de ocorrências em todos os âmbitos onde a violência se apresenta.

A violência não é do outro, ela também está dentro de cada um de nós. Geralmente, achamos que violento é o outro, mas a não-violência é uma construção social e pessoal. Do ponto de vista social, o antídoto da violência é a capacidade da sociedade em incluir, ampliar e universalizar os direitos e os deveres de cidadania. No que tange ao âmbito pessoal, a não-violência pressupõe o reconhecimento da humanidade e da cidadania do outro, o desenvolvimento de valores de paz, solidariedade, convivência, tolerância, capacidade de negociação e de solução de conflitos pela discussão e pelo diálogo.

Há necessidade de buscar explicações para compreender a violência que assola nossas cidades. É preciso trabalhar na interseção das teorias da exclusão social, do crime organizado e do quadro institucional e cultural em que a criminalização do uso de drogas se insere.

Por ser histórica e ter a cara da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. Afinal, todos são atores e vítimas. A violência não se manifesta apenas na morte por agressão física ou por acidente de trânsito: essa é sua forma mais cruel porque aniquila a vida. Mas há modalidades de atuação que provocam danos à própria pessoa, aos outros e à sociedade. Essas modalidades estão presentes na vida social brasileira, reproduzindo-se nas estruturas, nas relações e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente.

Como vemos, o conceito de violência não pode ser banalizado e

entendido apenas como agressões físicas ou expressões da criminalidade, pois em uma sociedade dividida em classes, a violência se materializa em diversos âmbitos. A sociedade contemporânea, ordenada pela política econômica neoliberal, promove desmontes do social em prol do fortalecimento econômico, fazendo com que grande número de sujeitos vivam em condições de vulnerabilidade extrema (ROCHA, 2007).

A violência não se resume às delinquências, e o homicídio é o ato mais hediondo nas relações sociais, pois efetiva o egocentrismo do ser humano, o aniquilamento do outro (MINAYO, 2006). A mensagem mais importante que se pode dar a partir do setor saúde é que, na sua maioria, os eventos violentos e os traumatismos não são fatalidades, mas podem ser enfrentados, prevenidos e evitados.

Todos os aspectos até aqui apontados exigem uma séria revisão das políticas vigentes de combate e enfrentamento da violência. Dever-se-á procurar promover políticas e estratégias que estimulem o jovem à plena inserção e papel protagônico desse processo, desenvolver estratégias que promovam o conhecimento, a revalorização e o fortalecimento da identidade de jovens e sua participação como seres ativos e conscientes da construção da cidadania e do desenvolvimento do país, articular esforços e iniciativas do setor público, da esfera privada e das organizações não governamentais da sociedade (WEISELFISZ, 2010).

É necessário implantar e aplicar as propostas da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violência (PNRMAV), oficializada em 16 de maio de 2001, que chama a atenção para a relevância da legitimação do tema na pauta do setor saúde, dado que tem caráter interdisciplinar, interprofissional e intersetorial (MINAYO; DESLANDES, 2009). Devem ser destacados alguns pontos primordiais a serem implementados no território nacional, como a criação de núcleos de estudos e programas para prevenção de acidentes e violências, a implantação de rede intersetorial de atenção às vítimas, suas famílias e aos agressores, e uma rede de serviços sentinela de vigilância de acidentes e violências. Também há propostas como a construção de parcerias das USF com as demais instituições que podem auxiliar no cuidado e acompanhamento dos envolvidos em situações de violência; ações de prevenção, promovendo comunidades saudáveis que se protegem e se cuidam; implementação do SAMU, cuidando da estruturação adequada desse serviço e de sua articulação com os vários serviços do SUS; criação ou implementação de ambulatórios especializados em cuidados médicos, suporte

psicológico e social às vítimas e suas famílias; organização da rede hospitalar de emergência tanto em sua estrutura como equipamentos, rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências; articulação entre os serviços de referência e contra-referência, com serviços de registro e comunicação adequados; implementação da rede de reabilitação, garantindo cobertura adequada aos sequelados, criando mecanismos de informação, sensibilização e educação, transporte adequado, continuidade na distribuição de medicamentos, acompanhamento para o uso de órteses e próteses, garantia de aporte financeiro e definição de protocolos assistenciais para os vários tipos de clientela; mapeamento e análise de todas as iniciativas relacionadas à prevenção das violências e promoção da vida; treinamento e formação para profissionais da rede de atenção às violências e acidentes; monitoramento dos acidentes e violências a partir de geoprocessamento dos dados notificados para que ações venham a ser desenvolvidas de acordo com a realidade local; incentivo às parcerias com universidades, serviços e redes de saúde para aumentar o conhecimento do fenômeno e das melhores formas de enfrentamento; elaboração de plano local de promoção, prevenção e atenção a situações de violência e acidentes.

Estudar a violência indica a possibilidade de combater esses crimes por meio de políticas públicas focadas em cada tipo, visto que existem violências com características específicas. Há necessidade de buscar identificar os fatores biológicos, relacionais, comunitários e sociais capazes de desencadear comportamentos e atos violentos, propor abordagens de prevenção da violência a partir dos níveis individual, relacional, comunitário e social, que de fato se sobrepõem e interferem um com o outro, priorizar a violência na agenda da saúde, esporte, educação, segurança e ação social, encorajando atitudes saudáveis em crianças e jovens, ajudar àqueles que já praticam atos violentos, focar as interações pessoais, ampliar a consciência local a partir de abordagens comunitárias e corresponsabilização na prevenção da violência, abordando aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos mais amplos, constituídos de medidas legislativas e judiciais, adesão e implementação de tratados internacionais, de políticas de redução da pobreza e esforços no sentido de modificar normas e costumes sociais e culturais danosos às pessoas e à sociedade, criando assim uma cultura de paz.

Se este trabalho puder contribuir de alguma forma para alcançar esse objetivo, terá cumprido sua finalidade e tornado válido o esforço de sua

elaboração.

## REFERÊNCIAS

ADORNO, S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 8, p. 84-135, 2002.

AMEPAR, Associação dos Municípios do Médio Paranapanema. In: ENCONTRO DA AMEPAR DE ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA, **Relatório Final**. n. 1., 2010. Londrina.

ANDRADE, S. M. et al. **Homicídios de homens de 15 a 29 anos e fatores relacionados no Estado do Paraná, Brasil, 2002/2004**. Disponível em: <[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1831](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1831)>. Acesso em: 10 nov. 2010.

ARBLASTER, A Violência. In: OUTHWAITE, W; BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996. p.803-805.

ARENDT, H. **A violência**. Rio de Janeiro: Ática, 1994.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.126-134, 1994.

ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescente: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. de. et al. **Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica de contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.163-198.

AZAMBUJA, M. P.; NOGUEIRA, C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.101-112, 2008.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; MORAES, J. C. Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 711-718, 1999.

BARATA, R. B.; RIBEIRO, M. C. S. A.; SORDI, M. D. Desigualdades sociais e homicídios na cidade de São Paulo, 1998. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11 n. 1, p. 3-13, 2008.

BEATO FILHO, C. C. **Políticas públicas de segurança: equidade, eficiência e accountability**. 2005. Disponível em: <[http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos\\_publicacoes/polpub.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/artigos_publicacoes/polpub.pdf)>. Acesso em: 17 out. 2009.

BONFIM JÚNIOR, G. V. **Homicídios: evolução e consequências dessa modalidade criminosa**. São Paulo: ADESG-GO, 2008.

BRASIL. **Estatísticas de mortalidade**. Brasília, 1996. CD-ROM.

BRASIL. Ministério da Saúde. Análise da tendência da morte violenta. In: \_\_\_\_\_.

**Saúde Brasil 2005**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

BRENNER, G. **Entendendo o comportamento criminoso** – Educação, ensino de valores morais e a necessidade de coibir o comportamento criminoso: uma contribuição da teoria econômica e um recado para nossas autoridades. Porto Alegre: AGE, 2009.

BRICEÑO-LEÓN, R.; VILLAVECES, A.; CONCHA-EASTMAN, A. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. **International Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 37, n. 4, p. 751-757, 2008.

BROOKOFF, D. et al. Characteristics of participants in domestic violence: assessment at the scene of domestic assault. **JAMA**, Chicago, v. 277, n.17, p.1369-1373, 1997.

BRUNET, J. F. G. et al. Fatores preditivos da violência na Região Metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 70-88, 2008.

BURKE, P. **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: UNESP, 1992.

CAMBÉ. Prefeitura Municipal. **Conheça Cambé**. Disponível em: <<http://www.Cambé.pr.gov.br>>. Acesso em: 5 mar. 2009.

CAMBÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento para implantação do Comitê de Enfrentamento à Violência do Município de Cambé, Paraná**. Cambé, 2008.

CANO, I.; SANTOS, N. **Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil**. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.

CARVALHO, C. G. et al. Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 47-54, 2002.

CASTRO, M. S. M.; ASSUNÇÃO, R. M.; DURANTE, M. O. Comparação de dados sobre homicídios entre dois sistemas de informação, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 37, n. 2, p.168-176, 2003.

CASTRO, R. Incivilidades: A violência invisível nas escolas. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p.105-113, 2010. Disponível em: <<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/28/60>>. Acesso em: 1 nov. 2010.

CENTRO DE ESTUDOS DA CULTURA CONTEMPORÂNEA. Observatório de Políticas Públicas e Riscos Socioambientais. **Informações CEDEC**, São Paulo, n. 28, 1997.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. **Campanha da Fraternidade 2009**: Brasília: CNBB, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Violência: uma epidemia silenciosa. **Conass Documenta**: Cadernos de informação técnica e memória do Progestores, Brasília, n. 15, dez. 2007.

CORBIDIER, R. **Raízes da violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

CORDEIRO, R.; DONALISIO, M. R. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 669-677, 2001.

COSTA, A. M. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 443-446, 2009.

COSTA, J. F. **Violência e psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

COUTO, S. M. A. **Violência doméstica**: uma nova intervenção terapêutica. Belo Horizonte: Autêntica FCH-FUMEC, 2005.

CRUZ, M. V. G.; BATITUCCI, E. C. **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007

CRUZ, O. G. **Homicídios no Estado do Rio de Janeiro**: análise da distribuição espacial e sua evolução. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

CUNHA, J. et al. Migração e transformações produtivas na fronteira: o caso de Mato Grosso. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP), 13., 2002, Ouro Preto. **Anais...Ouro Preto**: ABEP, 2002.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 177-187, 1994.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher, atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1 p. 129-137, 2000.

DORLAND, W. A. N. **Dicionário médico ilustrado**: inglês-português. São Paulo: Manole, 1999.

DOSSI, A. P. et al. Perfil epidemiológico da violência física intrafamiliar: agressões denunciadas em um município do Estado de São Paulo, Brasil, entre 2001 e 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1939-1952, 2008.

ECHEVÉRRRI, O. **La violencia**: ubicua, elusiva, prevenible: ciudad y violencias en America Latina. Quito, PGU/ONU: 1994.

FERRAZ, H. **A violência urbana**. São Paulo: J. Scortech, 1994.

FERREIRA, V. Para uma redefinição da cidadania: a sexualização dos direitos humanos. In: RODRIGUES, A. M. et al. (Org.). **Direitos humanos das mulheres**. Coimbra: Coimbra, 2005. p. 11-25.

FONTES, A. M. M. Escola e violência. In: PSICANALISE, EDUCACAO E TRANSMISSAO, 6., 2006, São Paulo. **Proceedings online...** Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 1 nov. 2010.

FONZAR, U. J. V. Análise espacial da mortalidade por causas externas no Município de Maringá, Estado do Paraná, 1999 a 2001. **Acta scientiarum. Health sciences**, Maringá, v. 30, n. 2, p. 145-154, 2008.

FRANCH, M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: MELCOP, A. G. et al. **Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos**: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: 2003. p.15 -15.

\_\_\_\_\_. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 49-71.

FRANCISCO FILHO, L. L. **Distribuição espacial da violência em Campinas**: uma análise por geoprocessamento. 2004. 170 f. Tese (Doutorado em Geografia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1982...script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1982...script)>. Acesso em: 28 jul. 2010.

GARBIN, C. A. S. et al. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.12, p. 2567-2573, 2006.

GARCIA, M. V. et al. Caracterização dos casos de violência contra a mulher atendidos em três serviços na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.11, p. 2551-2563, 2008.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KAHN, T.; MELLO JORGE, M. H. P. Informações sobre homicídios e sua integração com o setor saúde e segurança pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 627-633, 2005.

GIANINI, R. J.; LITIVOC, J.; ELUF NETO, J. Agressão física e classe social. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 180-186, 1999.

GIDDENS, A. **Para além da esquerda e da direita**. São Paulo: UNESP, 1966.

GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade das crianças vítimas de violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, 1998.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; RIBEIRO DA SILVA, C. F. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.

GONÇALVES, M. V.; BATITUCCI, E. C. **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GONZALES NETO, J. G. **Cambé**: confronto e composição política 1947-1968. Cambé: Cambé, 1987.

GREGORI, M. F. As desventuras do vitimismo. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 143-149, 1993.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1993.

HEISE, L.; GARCIA-MORENO, C. Violence by intimate partners. In: KRUG, E. et al. (Ed.). **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. p 87-122.

HIJAR-MEDINA, M. et. al. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. **Salud Pública de México**, México, v. 45, n. 4, p. 252-258, 2003.

IMAGESHACK MEDIA HOSTING COMPANY. **Vista Aérea de Cambé-PR**. Disponível em: <<http://img218.imageshack.us/i/Cambé2jp8.jpg/>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 1 abr. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Séries Estatísticas**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/seriesestatisticas/PD 336](http://www.ibge.gov.br/seriesestatisticas/PD%20336)>. Acesso em: 10 jan. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil**: 1996. Brasília, IPEA/PNUD, 1996.

JARAMILLO, D. E.; URIBE, T. M. Rol del personal en la atención a las mujeres maltratadas. **Investigación y educación en enfermería**, Medellín, v. 19, n.1, p. 38-45, 2001.

JONG, L. C. **Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista**. 2000. 186f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

JOSEPH, L. F.; LEVIN, B.; CHO PAIK, M. **Statistical methods for rates and proportions**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: John Wiley & Sons, 1981.

KRUG, E.G. (Ed.) et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LARANJEIRA, R. et. al. **I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em: 20 jul 2010.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P. Acidentes e violência no Brasil: apresentação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl. 4, p. 1-4, 1997.

LAURENTI, R et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LIMA, M. Desigualdades raciais e políticas públicas: ações afirmativas no governo Lula. **Novos estudos** - CEBRAP, São Paulo, n. 87, jul. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002010000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 nov. 2010.

LOPES, M. J. M.; SANT'ANNA, A. R.; AERTS, D. R. G.; CASTRO. **A mortalidade por homicídios em adolescentes em Porto Alegre de 1998 a 2000**: relatório de pesquisa. Porto Alegre, 2002.

LOZADA, E. M. K. et al. Tendência da mortalidade por homicídios no Estado do Paraná, segundo Regionais de Saúde, 1979 a 2005. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 12, n. 2, p. 258-269, 2009.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M.; SOUZA, L. Prevalência de violência contra a mulher. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 604-610, 2006.

MARCHESE, V. S.; SCATENA, J. H. G.; IGNOTTI, E. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência. Município de Alta Floresta, MT (Brasil). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 648-659, 2008.

MELLO JORGE, M. H. **Investigação sobre mortalidade por acidente e violência na infância**. 1988. 223f. Tese (Livre Docencia) – Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1988.

MELLO JORGE, M. H.; CASCÃO, A. M.; SILVA, R. C. **Acidentes e violências**: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2003.

MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P.; LATORRE, M. R. O. Análise dos dados de mortalidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl. 4, p. 5-25, 1997.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **As condições de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MELLO JORGE, M. H. Como morrem os nossos jovens. In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1998.

MERCY, J. A. et al. Public health policy for preventing violence. **Health Affairs**, Millwood, n. 12, p. 7-29, 1993.

MICHAUD, Yves. O problema das definições. In: **ESTADO e sociedade**: a violência. São Paulo: Ática, 1989.

MINAYO, M. C. S. de. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 18-34, 2005. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/7003808/5->>. Acesso em: 28 jul. 2010.

\_\_\_\_\_. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, 2001.

\_\_\_\_\_. **Violência contra os idosos: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2005.

\_\_\_\_\_. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

\_\_\_\_\_. Violência para todos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 65-78, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/07.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, sup. 1, p. 7-18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

\_\_\_\_\_. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Impactos da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília, Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, 1998.

\_\_\_\_\_. **A violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <[HTTP://www.scribd.com/doc/7003808/5-](http://www.scribd.com/doc/7003808/5-)>. Acesso em: 28 jul. 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.5, p.1641-1649, 2009.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381231999000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381231999000100002)> Acesso em: 5 jan. 2009.

NAJAR, A. L. **Desigualdades sociais e análise espacial: uma aplicação para o Município do Rio de Janeiro utilizando sistemas de informações geográficas**. 1997. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano) - Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1997.

OLIVEIRA, L. R. **Subsídios para implantação de um sistema de vigilância de causas externas no Município de Cuiabá – MT**. 2006. 273f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (CID 10)**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 1997.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: décima revisão. São Paulo: OMS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra: OMS, 2002.v.1.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Salud y violencia**: plan de acción regional. Washington: OPS, 1994.

\_\_\_\_\_. **Sobre la teoría y práctica de la salud pública**: un debate, múltiples perspectivas. Washington: OPS, 1993.

PAIM, J. S. A epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp., p. 29-43, 2000.

PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Mortes violentas em crianças e adolescentes de Salvador. **Bahia Análise e Dados**, Salvador, n. 6. p. 59-67, 1996.

PEREIRA, S. C. W. **As pulsões de morte e seus derivados**: os avatares da teoria. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

PERES, M. F. T. Homicídios, risco e vulnerabilidade: para uma discussão da dinâmica da vitimização por homicídios. In: DA CRUZ, M. V. G. (Org.); BATITUCCI, E. C. (Org.). **Homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

PERES, M. F. T.; CÁRDIA, N.; SANTOS, P. C. **Homicídios de crianças e jovens no Brasil**: 1980-2002. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência/USP, 2006.

PERES, M. F. T.; SANTOS, P. C. dos. Mortalidade por homicídios no Brasil na década de 90: o papel das armas de fogo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 58-66, 2005.

PINHEIRO, C. M.; SANTOS, N. L.; SANTOS, J. E. Discursos coletivos sobre sofrimento psíquico em famílias em situação de vulnerabilidade social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p.. 465-473, 2009.

POLMINI, R. et al. **Genética do comportamento**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PROCÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

ROCHA, Andréa Pires. **Violência urbana**: crime organizado e exploração da força de trabalho de adolescentes. Disponível em:  
<[HTTP://www.estudosdotrabalho.org/.../indice.htm](http://www.estudosdotrabalho.org/.../indice.htm)>. Acesso em: 10 jul. 2010.

ROCHA, M. M. Violência contra a mulher. In: TAQUETTE, S. R. **Violência contra a mulher adolescente/jovem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

RODRIGUES, S. B. **Banditismo e o eclipse dos movimentos urbanos no Rio de Janeiro**. Niterói: Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/ICHF da Universidade Federal Fluminense, 1994.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROSSI, Silmeri Patrícia. Londrina fica em oitavo no homicídio de jovens. Em 2010, 11 adolescentes foram mortos. **Jornal de Londrina**, Londrina, 10 de dezembro de 2010. Caderno Cidade, p. 9.

SANTANA, J. P. de; ALMEIDA, M. J. **Contribuições sobre a gestão de qualidade em educação médica**. Brasília: OPAS, 1994. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 2 fev. 2009.

SANT'ANNA, A.; AERTS, D.; LOPES, M. J. Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situações de vulnerabilidade segundo seus familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 120-129, 2005.

SANTIN, J. R. et al. Violência doméstica: como legislar o silêncio: estudo interdisciplinar na realidade local. **Justiça do Direito**, Passo Fundo, RS, v. 1, n. 16, p. 79-97, 2002.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. Porto Alegre: Afrontamento, 1994.

SANTOS, J. V. T. Novos processos sociais globais e violência. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.13, n. 3, p.18-23, 1999.

SANTOS, J. V. T. Violências e dilemas do controle social nas sociedades da "modernidade tardia". **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 3-12, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n1/22221.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p.112-120, 2006.

SCOTT, E. Canada's family violence initiative: partnerships. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, Supl.1, p. S218-S222, 1994.

SILVA, I. V. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S263-S272, 2003.

SILVA, K. A. **Tipologia dos homicídios consumados e tentados**: uma análise sociológica das denúncias oferecidas pelo Ministério Público de Minas Gerais, Belo Horizonte – 2003 a 2005. 2006, 86f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, S. F. Crescimento da violência em Londrina: as grandes cidades estão diante de uma epidemia social? In: MOSTRA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 3., 2002, Londrina. **Anais...** Londrina: 2002a. p.11-13.

\_\_\_\_\_. Entrevista com o Secretário de Saúde de Londrina (PR), Sílvio Fernandes da Silva, sobre questões relativas à implantação do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 549-553, 2002b.

\_\_\_\_\_. Estudos de Sílvio Fernandes da Silva, com destaque para o artigo: Crescimento da violência urbana: as grandes cidades estão diante de uma epidemia social? **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 30, p.10-14, 2004.

SOARES, G. A. D. **Não matará**s: desenvolvimento, desigualdade e homicídios. Rio de Janeiro: FGV, 2008.

SOUZA, M. L. **O desafio metropolitano**: um estudo sobre a problemática socioespacial nas metrópoles brasileiras. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil, 2000.

SOUZA, M. L. G. Permanência de negros (as) na Universidade Federal do Paraná: um estudo entre 2003 e 2006. In: \_\_\_\_\_. **Acesso e Permanência da População Negra no Ensino Superior**. Brasília: 2007. cap. 3, p. 298-316.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G. **Violência e mortalidade na América Latina**: um estudo das causas externas de 1968 a 1986. Rio de Janeiro: FGV, 1989.

SOUZA, E. R.; ASSIS, S. G.; SILVA, C. M. F. P. Violência no Município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 1, p. 389-398, 1997.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, supl., p. 1.211-1.222, 2007.

TAVARES, D. M. C. **Violência doméstica**: uma questão de saúde pública. 2000. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da práxis**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VETHENCOURT, J. L. Psicología de la violencia. **Gaceta de la Asociación de Profesores de La Universidad de Venezuela**, Caracas, v. 62, n. 11, p. 5-10, 1990.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.113-125, 2008.

WEISELFISZ, J. J. Mapa das mortes por violência. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 21, n. 61, p.119 -138, 2007.

\_\_\_\_\_. **Mapa da violência 2010**: anatomia dos homicídios no Brasil.2010.

Disponível em:

<<http://www.institutosangari.org.br/mapadaviolencia/MapaViolencia2010.pdf>>.

Acesso em: 10 nov.2010.

\_\_\_\_\_. **Mapa da violência dos municípios brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

YUNES, J.; RAJS, D. **Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas**. Disponível em:

<[http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Cambé\\_12.jpg](http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Cambé_12.jpg)>. Acesso em: 11 nov. 2009.

YUNES, J.; ZUBAREW, T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: um desafio. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 2, n.3 p. 102-171, 1999.

YUNES, R. F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: esforço de mensuração. In: JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R. Acidentes e violência no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, supl. 4, p. 38-46, 1997.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 53-59, 2010.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
Formulário de Pesquisa

**UEL – NESCO – MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE  
UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO**

DATA DA COLETA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local da coleta: \_\_\_\_\_

BO nº \_\_\_\_\_ DO nº \_\_\_\_\_

**AGRESSÃO:**

1 - Data da agressão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DIA DA SEMANA \_\_\_\_\_

2 - Hora da agressão: \_\_\_\_\_

3 - Tipo da agressão: (Cap. XX da CID 10) \_\_\_\_\_

4 - Região de ocorrência da agressão:

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Região: Norte ( ) Centro ( ) Leste ( ) Sudeste ( ) Rural ( )

5 - Nº de agressores: 1 ( ), 2 ( ), 3 ou mais ( )

6 - Nº de vítimas: 1 ( ), 2 ( ), 3 ou mais ( )

7 - Local da agressão ou tipo de ambiente: \_\_\_\_\_

**VÍTIMA:**

Nome: \_\_\_\_\_

8 - Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Região: Norte ( ) Centro ( ) Leste ( ) Sudeste ( ) Rural ( )

9 - Sexo: ( ) masc. ( ) fem. ( ) não identificado 10 - Idade: \_\_\_\_\_

11 - Cor da pele: \_\_\_\_\_ não especificada ( )

12 - Escolaridade: \_\_\_\_\_

13 - Relação com o agressor :

ignorado ( ), desconhecido ( ), conhecido ( ), vizinho ( ), amigo ( ), agregado( )  
familiar ( ), marido( ), companheiro( ), namorado( )

14 - Uso de drogas: sim ( ), não ( ), não inf ( )

15 - Uso de álcool: sim ( ), não ( ), não inf ( )

16 - Região corpórea atingida ou Principais lesões, local: \_\_\_\_\_

**AGRESSOR:**

Nome: \_\_\_\_\_

17 - Em investigação: ( )

18 - Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Região: Norte ( ) Centro ( ) Leste ( ) Sudeste ( ) Rural ( )

19 - Sexo: ( ) masc. ( ) fem. ( ) não informado          20 - Idade: \_\_\_\_\_

21 - Cor da pele: \_\_\_\_\_ Não especificada ( )

22 - Escolaridade: \_\_\_\_\_

23 - Uso de drogas: sim ( ), não ( ), não informado ( )

24 - Uso de álcool: sim ( ), não ( ), não informado ( )

25 - Possível motivo da agressão: \_\_\_\_\_

**MORTALIDADE:** data da coleta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

26 - Data do óbito: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_          27 - Hora do óbito: \_\_\_\_\_

28 - Intervalo de tempo entre agressão e o óbito:  
imediate ( ), menos de 1 dia ( ), 1 a 2 dias ( ), 3 a 6 dias ( ), 7 a 14 dias ( ),  
15 a 29 dias ( ), 30 a 59 dias ( ), mais de 60 dias ( ).

29 - Tipo de Agressão (Capítulo XX da CID 10)

1
2
3
4
5

ENF DAGMAR ERICA LACHNER

**FICHA NORTEADORA PARA PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE PESQUISA.**

Capítulo XX da CID 10	Tipo agressão
X85 Agressão meio droga medic e subst. biológicas	
X86 Agressão p/meio de subst. corrosivas	
X87 Agressão p/pesticidas	
X88 Agressão p/meio de gases e vapores	
X89 Agressão outro prod. quím. subst. nocivas espec.	
X90 Agressão prod. químicos e subst. nocivas NE	
X91 Agressão enforc., estrangulamento, sufocação	
X92 Agressão p/meio de afogamento e submersão	
X93 Agressão disparo de arma de fogo de mão	
X94 Agressão disparo arma fogo de maior calibre	
X95 Agressão disparo outra arma de fogo ou NE	
X96 Agressão p/meio de material explosivo	
X97 Agressão p/meio de fumaça, fogo e chamas	
X98 Agressão vapor água, gases ou objetos quentes	
X99 Agressão objeto cortante ou penetrante	
Y00 Agressão p/ meio de objeto contundente	
Y01 Agressão p/meio projeção de um lugar elevado	
Y02 Agressão proj. coloc. vítima obj. movimento	
Y03 Agressão p/meio de impacto veic. a motor	
Y04 Agressão p/meio de força corporal	
Y05 Agressão sexual p/ meio de força física	
Y06 Negligência e abandono	
Y07 Outra síndr. de maus tratos	
Y08 Agressão p/outros meios espec.	
Y09 Agressão p/meios NE	

**7 - Local da Agressão ou Tipo de ambiente:**

1	Residência	7	Bares, boates, casas de show
2	Habitação coletiva	8	Áreas industriais em construção
3	Escolas e instituições	9	Fazenda
4	Área para prática de esportes	10	Outros
5	Rua ou estrada	11	Não especificado
6	Área de comércio e serviços		

**16 - Região corpórea atingida ou local das principais lesões:**

1	Crânio	7	Reg. pélvica
2	Face	8	MSD
3	Pescoço	9	MSE
4	Dorso	10	MID
5	Tórax	11	MIE
6	Abdômen	12	Não se aplica

## APÊNDICE B

### Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé



Ofício MPGSS 014/2009



Londrina, 15 de maio de 2009.

Ilustríssima Senhora  
**Alessandra Garcia Vaz**  
 Secretária Municipal de Saúde  
 Cambé - PR

Prezada Senhora,

Vimos, pelo presente, solicitar autorização de acesso às declarações de óbito referentes a agressões (homicídios) ocorridas em Cambé nos anos de 2007, 2008 e no primeiro semestre de 2009 pela aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, **DAGMAR LACHNER**, enfermeira, RG 3020180/9 SSP-PR, CPF 571.623.289-20, para fins de pesquisa científica a ser desenvolvida como dissertação de mestrado, cujo objetivo é o de descrever o perfil das agressões e da mortalidade por homicídios em Cambé.

Asseguramos que todas as informações serão tratadas de forma a manter em sigilo a identidade dos sujeitos e que a pesquisa obedecerá às normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo desenvolvida somente após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos, ainda, que a mestranda encontra-se à disposição para esclarecimentos e fornecimento de informações complementares. O contato com a aluna poderá ser feito por telefone no número (43) 8404-0470 ou por correio eletrônico no endereço: [dagmarlachner@hotmail.com](mailto:dagmarlachner@hotmail.com). Contatos com a coordenação do Curso e orientadora, bem como encaminhamento da resposta à presente solicitação, podem ser feitos pelos fone/fax 3337-5115 ou 9994-2890.

Atenciosamente,

*Selma M. Andrade*

Prof.ª Dra. Selma Maffei de Andrade  
 Orientadora

*Luiz Cordon Junior*  
 Prof. Luiz Cordon Junior  
 Coord. do Curso de Mestrado Profissional  
 em Gestão de Serviços de Saúde/CCS/UEL

*Alessandra Garcia G. Vaz*  
 Alessandra Garcia G. Vaz  
 Secretária Municipal de Saúde

## APÊNDICE C

### Autorização do Senhor Delegado de Polícia de Cambé



Ofício MPGSS 06/2009

Londrina, 19 de fevereiro de 2009.

R. hoje;

Doutor Valdir Abrão  
Delegado de Polícia de Cambé  
Cambe - PR

Defiro o pedido, sendo que a pesquisa será supervisionada por esta autoridade policial em decorrência do acesso ao sistema/banco de dados do "mapa do crime" disponível nesta unidade policial.

Senhor Delegado,

~~Cambé, PR, 19 de fevereiro de 2009~~  
~~Valdir Abrão da Silva~~  
~~delegado de Polícia~~

Vimos, pelo presente, solicitar autorização de acesso aos boletins de ocorrência (BO) referentes a agressões ocorridas em Cambé nos anos de 2007 e 2008 pela aluna do Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, **DAGMAR LACHNER**, enfermeira, RG 3020180/9 SSP-PR, CPF 571.623.289-20, para fins de pesquisa científica a ser desenvolvida como dissertação de mestrado, cujo objetivo é o de descrever o perfil das agressões e da mortalidade por homicídios em Cambé.

Asseguramos que todas as informações serão tratadas de forma a manter em sigilo a identidade dos sujeitos e que a pesquisa obedecerá às normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo desenvolvida somente após obtenção de parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa.

Informamos, ainda, que a mestrando encontra-se à disposição para esclarecimentos e fornecimento de informações complementares. O contato com a aluna poderá ser feito por telefone no número (43) 8404-0470 ou por correio eletrônico no endereço: [dagmarlachner@hotmail.com](mailto:dagmarlachner@hotmail.com). Contatos com a coordenação do Curso e orientadora, bem como encaminhamento da resposta à presente solicitação, podem ser feitos pelos fone/fax 3337-5115 ou 9994-2890.

Atenciosamente,

*Selma J. Andrade*

Prof. Dra. Selma Maffei de Andrade  
Orientadora

## **ANEXO**

**ANEXO A**  
Parecer do Comitê de Ética



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná  
**Registro CONEP 268**

<b>Parecer Nº 168/09</b> <b>CAAE Nº 2331.0.000.268-09</b> <b>FOLHA DE ROSTO Nº 268522</b>	Londrina, 14 de setembro de 2009.
<b>PESQUISADOR: DAGMAR ERICA LACHNER</b> (Processo 16499/09)	
Prezado(a) Senhor(a)	
<p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;"><b>"MORBIDADE E MORTALIDADE POR AGRESSÃO EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO SUL DO BRASIL"</b></p> <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
<b>Situação do Projeto: APROVADO</b>	
<p>Atenciosamente,</p> <p><i>Ester M. O. Dalla Costa</i>  <b>Profª. Dra. Ester M. O. Dalla Costa</b>  Coordenadora  Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL</p>	