

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

ELIZABETH MITIKO KONNO DE LOZADA

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO PARANÁ: ANÁLISE DA TENDÊNCIA E
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

MARINGÁ
2008

ELIZABETH MITIKO KONNO DE LOZADA

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO PARANÁ: ANÁLISE DA TENDÊNCIA E
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias

MARINGÁ
2008

ELIZABETH MITIKO KONNO DE LOZADA

MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO PARANÁ: ANÁLISE DA TENDÊNCIA E
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias
Universidade Estadual de Maringá

Prof^a. Dr^a. Selma Maffei de Andrade
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Tirza Aidar
Universidade Estadual de Campinas

Para Naomi minha filha querida

Ao meu pai

Com amor

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Thais Aidar de Freitas Mathias, que me acompanhou neste fascinante caminho da pesquisa, pela atenção e apoio que recebi na produção deste trabalho.

Aos meus companheiros da 11ª Regional de Saúde pela compreensão nos momentos de dedicação a este trabalho.

A minha amiga Dorotéia de Fátima Pelissari de Paula Soares, pelo exemplo, incentivo e principalmente amizade e a sua maravilhosa família que tão bem me acolheram.

Aos amigos que no curso de minha vida participaram e continuam a participar dessa construção coletiva. Eles ajudaram-me e continuam ajudando-me a sobreviver, a persistir, a lutar.

Aos docentes e funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, pelo acolhimento e gentileza demonstrados.

Às instituições públicas UFPR, FECILCAM, FIOCRUZ e UEM, pela oportunidade e privilégio de cursar a graduação e pós-graduação.

Às instituições Secretaria de Saúde de Campo Mourão e Hospital Santa Casa de Campo Mourão que contribuíram na minha formação profissional.

Em especial à minha família, minha mãe pelo suporte familiar, meu marido Guillermo e meu querido Francisco pela paciência e compreensão dos momentos de ausência.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram analisar a tendência e o perfil da mortalidade por homicídios no estado do Paraná, no período de 1979 a 2005 segundo sexo, idade, tipo de agressão, regional de residência, raça/cor e escolaridade. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, do tipo ecológico. Foram analisados todos os óbitos por homicídios de residentes no estado do Paraná, no período de 1979 a 2005. Os dados de mortalidade foram obtidos a partir de tabulações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde e os dados de população foram os relativos aos censos demográficos de 1980, 1991 e 2000 e contagem populacional de 1996. Aos óbitos por homicídios foram somados os óbitos classificados em “intervenções legais” (CID-9: E970-E978 e CID-10: Y35), “eventos de intenção indeterminada por arma de fogo” (CID-9: E985 e CID-10: Y22-Y24) e “eventos de intenção indeterminada por arma branca” (CID-9: E986 e CID-10:Y28). Para análise da mortalidade proporcional, os dados foram agrupados em cinco períodos – 1979 a 1985, 1986 a 1991, 1992 a 1996, 1997 a 2000 e 2001 a 2005 e para os coeficientes foram utilizados seis triênios – 1979-1981, 1984-1986, 1990-1992, 1995-1997, 1999-2002 e 2003-2005. A análise da tendência da mortalidade por homicídios foi realizada por meio de média móvel e análise da variação anual dos coeficientes. No início do período estudado os homicídios ocupavam a quarta posição dentre as principais causas externas com 15,5% dos óbitos; em 1997 passaram a ocupar a segunda posição com 22,4% e em 2005 representavam 35,5%, proporção próxima à dos acidentes de transporte com 36,3%, que foram a principal causa. A razão de óbitos masculino/feminino foi de 10:1 em quase todo o período estudado. O coeficiente de mortalidade por homicídios no sexo masculino apresentou-se crescente, de 26,1 óbitos por 100.000 habitantes no triênio 1979-1981 para 47,1 no triênio 2003-2005, e no sexo feminino de 3,4 no triênio 1979-1981 para 4,8 no triênio 2003-2005. Na faixa etária de 15 a 49 anos foram verificados mais de 80% do total de óbitos nos 26 anos estudados. No triênio 2003-2005 os maiores coeficientes de mortalidade foram verificados nas faixas etárias de 20 a 29 anos com 59,8 óbitos por 100.000 habitantes e na faixa de 15 a 19 anos com 50,1 por 100.000 habitantes. Na faixa etária de 20 a 29 anos verificou-se, no sexo masculino, coeficiente de 110,8 por 100.000 habitantes e no sexo feminino 8,2 por

100.000 habitantes. No período de 2001 a 2005, as agressões por arma de fogo foram responsáveis por 67,8% dos óbitos, seguidas das agressões por arma branca, com 18%. No triênio 2003-2005 os coeficientes de mortalidade de 15 a 49 anos no sexo masculino foram maiores nas regionais de saúde Foz do Iguaçu, Metropolitana e Londrina com 224,0, 110,9 e 98,7 por 100.000 habitantes, respectivamente. A maior variação percentual anual positiva do coeficiente de mortalidade por homicídios de 15 a 49 anos no sexo masculino foi observada nas regionais de saúde de Campo Mourão com 26,9%, Cianorte com 25,4% e Londrina com 24,9% no período de 2000 a 2004. O predomínio dos óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos ocorreu na raça/cor branca, com 79,8% e com menos de 7 anos de escolaridade com 78,3% do total, no triênio 2003-2005. A análise da tendência da mortalidade por homicídios permitiu verificar que os óbitos por homicídios estão aumentando no Paraná, principalmente em homens jovens. Estes resultados contribuem para ampliar o conhecimento sobre os aspectos epidemiológicos dos óbitos por homicídios e reforçam a necessidade de ações articuladas com diversos setores e segmentos da sociedade.

Palavras-chave: Homicídio. Mortalidade. Violência.

RESUMEN

Los objetivos de este estudio fueron analizar la tendencia y el perfil de la mortalidad por homicidios en el estado do Paraná, en el período de 1979 a 2005 según sexo, edad, tipo de agresión, regional de residencia, raza/color y escolaridad. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, del tipo ecológico. Fueron analizados todos los óbitos por homicidios de residentes en el estado de Paraná, en el período de 1979 a 2005. Los datos de mortalidad fueron obtenidos a partir de tabulaciones del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM) del Ministerio de la Salud y los datos de población fueron los relativos a los censos demográficos de 1980, 1991 y 2000 y recuento poblacional de 1996. A los óbitos por homicidios fueron sumados los óbitos clasificados en “intervenciones legales” (CID-9: E970-E978 y CID-10: Y35), “eventos de intención indeterminada por arma de fuego” (CID-9: E985 y CID-10: Y22-Y24) y “eventos de intención indeterminada por arma blanca” (CID-9: E986 y CID-10:Y28). Para análisis de la mortalidad proporcional, los datos fueron agrupados en cinco períodos – 1979 a 1985, 1986 a 1991, 1992 a 1996, 1997 a 2000 y 2001 a 2005 y para los coeficientes fueron utilizados seis trienios – 1979-1981, 1984-1986, 1990-1992, 1995-1997, 1999-2002 y 2003-2005. El análisis de la tendencia de la mortalidad por homicidios fue realizado por medio de media móvil y análisis de la variación anual de los coeficientes. En el inicio del período estudiado, los homicidios ocupaban la cuarta posición entre las principales causas externas con 15,5% de los óbitos; en 1997 pasaron a ocupar la segunda posición con 22,4% y en 2005 representaban 35,5%, proporción próxima a la de los accidentes de transporte con 36,3%, que fueron la principal causa. La razón de óbitos masculino/femenino fue de 10:1 en casi todo el período estudiado. El coeficiente de mortalidad por homicidios en el sexo masculino se presentó creciente, de 26,1 óbitos por 100.000 habitantes en el trienio 1979-1981 para 47,1 en el trienio 2003-2005, y en el sexo femenino de 3,4 en el trienio 1979-1981 para 4,8 en el trienio 2003-2005. En la franja de edad de 15 a 49 años fueron verificados más de 80% del total de óbitos en los 26 años estudiados. En el trienio 2003-2005 los mayores coeficientes de mortalidad fueron verificados en las franjas de edad de 20 a 29 años con 59,8 óbitos por 100.000 habitantes y en la franja de edad de 15 a 19 años con 50,1 por 100.000 habitantes. En la franja de edad de 20 a 29 años se verificó, en el sexo masculino, coeficiente de 110,8 por 100.000 habitantes y en el sexo femenino 8,2 por 100.000 habitantes.

En el período de 2001 a 2005, las agresiones por arma de fuego fueron responsables por 67,8% de los óbitos, seguidas de las agresiones por arma blanca, con 18%. En el trienio 2003-2005 los coeficientes de mortalidad de 15 a 49 años en el sexo masculino fueron mayores en las regionales de salud: Foz do Iguaçu, Metropolitana y Londrina con 224,0, 110,9 y 98,7 por 100.000 habitantes, respectivamente. La mayor variación porcentual anual positiva del coeficiente de mortalidad por homicidios de 15 a 49 años en el sexo masculino fue observada en las regionales de salud de Campo Mourão con 26,9%, Cianorte con 25,4% y Londrina con 24,9% en el período de 2000 a 2004. El predominio de los óbitos por homicidios en hombres de 15 a 49 años ocurrió en la raza/color blanca, con 79,8% y con menos de 7 años de escolaridad con 78,3% del total, en el trienio 2003-2005. El análisis de la tendencia de la mortalidad por homicidios permitió verificar que los óbitos por homicidios están aumentando en Paraná, principalmente en hombres jóvenes. Estos resultados contribuyen para ampliar el conocimiento sobre los aspectos epidemiológicos de los óbitos por homicidios y refuerzan la necesidad de acciones articuladas con diversos sectores y segmentos de la sociedad.

Palabras-clave: Homicidio. Mortalidad. Violencia.

ABSTRACT

The objectives of this study were to analyze the trends and profile in the mortality rate by homicides in the state of Paraná during the period from 1979 to 2005, and to identify the characteristics of the persons killed according to gender, age, type of lesion, place of residence, race/ethnicity and education level. It is an exploratory-descriptive study, of the ecological type. The studied population was composed of all homicide deaths of residents in the state of Paraná, in the period from 1979 to 2005. The mortality data were obtained starting from tabulations of the Mortality Information System (SIM) of the Ministry of Health. This study also tallied to homicide numbers all deaths resulting from legal interventions, firearm deaths of uncertain intention and cold steel deaths of uncertain intention. The data were analyzed through ratios and mortality coefficients. For the ratios, the data were divided into five periods - 1979 to 1985, 1986 to 1991, 1992 to 1996, 1997 to 2000 and 2001 to 2005. The coefficients were divided into six three-year periods - 1979-1981, 1984-1986, 1990-1992, 1995-1997, 1999-2002 and 2003-2005. The analysis of homicide mortality trends was accomplished applying moving average and analysis of the annual variation of the coefficients. At the start of the studied period, homicides occupied the fourth position among the main external causes of death, with 15.5%; in 1997 they took second place, with 22.4%; and in 2005, deaths from homicide already represented close to 35.5% of deaths, comparable to deaths from transportation accidents (36.3%), which were the main cause. The male-to-female death ratio was 10:1 during almost the entire studied period. The homicide mortality behavior for males increased, from 26.1 deaths per 100,000 inhabitants in the 1979-1981 three-year period, to 47.1 in the three-year period from 2003 to 2005; it remained stable for females. The 15-to-49-year-old age group comprised over 80% of total deaths in the 26 studied years. In the three-year period between 2003 and 2005, the largest mortality coefficients were verified in the age groups from 20 to 29 years of age (59.8 deaths per 100,000 inhabitants) and from 15 to 19 years of age (50.1 per 100,000 inhabitants). For 2003-2005, the study obtained a coefficient of 110.8 per 100,000 inhabitants for males and 8.2 per 100,000 inhabitants for females, in the age group from 20 to 29 years of age. As for the type of aggression, firearms were the most frequent during the studied period, particularly in the period from 2001 to 2005, when they were responsible for

67.8% of aggressions; followed by cold steel, with 18% of the total. In the three-year period from 2003 to 2005, the largest mortality coefficients were verified in men from 15 to 49 years of age, at the Metropolitan, Londrina and Foz do Iguaçu health sectionals – 110.9 per 100,000 inhabitants, 98.7 per 100,000 inhabitants and 224.0 per 100,000 inhabitants, respectively. The largest positive annual percentage variation of the mortality coefficient for homicides in males from 15 to 49 years of age was observed in the health sectionals of Campo Mourão with 26.9%, Cianorte with 25.4%, and Londrina with 24.9%. As for homicide mortality in males from 15 to 49 years of age, according to race/ethnicity, the prevalence of the deaths is for Caucasian race/ethnicity, with 79.8% of total deaths in Paraná during the three-year period from 2003-2005. According to education, 78.3% of homicide victims had less than 7 years of formal education for the three-year period between 2003 and 2005. The analysis of mortality trend of homicides has shown that the deaths homicides are increasing in Parana, especially in young men. These results help to broaden the knowledge of the epidemiological aspects of deaths by homicide and reinforce the need for action articulated in various sectors and segments of society.

Key words: Homicide. Mortality. Violence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1	Distribuição geográfica de regionais de saúde no estado do Paraná. 2007.....	32
Quadro 1	Correspondência de códigos entre CID-9 e CID-10	35
Figura 1	Distribuição percentual de óbitos por causas externas, segundo tipo de causa. Paraná, 1979 a 2005	39
Figura 2	Coeficientes padronizados de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) segundo sexo. Paraná, 1980 a 2004	43
Figura 3	Distribuição percentual de óbitos por homicídios segundo faixa etária, por períodos. Paraná, 1979 a 2005	43
Figura 4	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para o sexo masculino, segundo faixa etária por triênios. Paraná 1979 a 2005	46
Figura 5	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para o sexo feminino, segundo faixa etária por triênios. Paraná, 1979 a 2005	47
Figura 6	Distribuição percentual de óbitos por homicídios para sexo masculino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1980 a 2004	50
Figura 7	Distribuição percentual de óbitos por homicídios para sexo feminino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1980 a 2004	50
Figura 2	Regionais de Saúde segundo coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos. Paraná, 2003-2005	52
Figura 8	Distribuição percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo nível de escolaridade e faixa etária. Paraná, 2003 a 2005	54
Figura 9	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Leste. Paraná 1979 a 2005	54

Figura 10	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Campos Gerais. Paraná 1979 a 2005	55
Figura 11	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Centro. Paraná 1979 a 2005	56
Figura 12	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Noroeste. Paraná 1979 a 2005 ...	56
Figura 13	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Norte. Paraná 1979 a 2005	57
Figura 14	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo regional de saúde. Macro regional de saúde Oeste. Paraná 1979 a 2005	58
Figura 15	Distribuição percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária. Paraná, 2003 a 2005	60
Figura 16	Distribuição percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e raça/cor. Paraná, 2003 a 2005	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Óbitos, porcentagem e coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas segundo tipos de causa. Paraná, 1980 a 2005	38
Tabela 2	Coeficientes de mortalidade por causas externas (por 100.000 habitantes) segundo tipos de causa e triênio. Paraná, 1979 a 2005	40
Tabela 3	Óbitos por homicídios, segundo sexo e faixa etária, por períodos. Paraná, 1979 a 2005	41
Tabela 4	Coeficientes padronizados de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) segundo sexo, por triênios e variação percentual anual segundo sexo, por período. Paraná, 1979 a 2005	42
Tabela 5	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária, por triênios e variação percentual anual segundo faixa etária, por períodos. Paraná, 1979 a 2005	44
Tabela 6	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para sexo masculino, segundo faixa etária por triênios e variação percentual anual, segundo faixa etária por períodos. Paraná, 1979 a 2005	45
Tabela 7	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para sexo feminino, segundo faixa etária por triênios e variação percentual anual, segundo faixa etária por períodos. Paraná, 1979 a 2005	47
Tabela 8	Óbitos por homicídios, segundo tipo de agressão, por períodos. Paraná, 1979 a 2005	48
Tabela 9	Óbitos por homicídios no sexo masculino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1979 a 2005	48
Tabela 10	Óbitos por homicídios no sexo feminino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1979 a 2005	49
Tabela 11	Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo Regional de Saúde por triênios. Paraná, 1979 a 2005	51

Tabela 12	Varição percentual anual dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde, por períodos. Paraná, 1979 a 2005	53
Tabela 13	Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo raça/cor e Regionais de Saúde de residência, por triênio. Paraná, 2003 a 2005	59
Tabela 14	Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária, por triênio. Paraná, 2003 a 2005	60
Tabela 15	Coeficiente de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária, por triênio. Paraná, 2003 a 2005	61
Tabela 16	Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e Regional de Saúde de residência. Paraná, 2003 a 2005	62

LISTA DE SIGLAS

- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- DATASUS** – Departamento de Informática do SUS
- DO** – Declaração de Óbito
- MS** – Ministério da Saúde.
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- SESA** – Secretaria de Estado da Saúde
- SVS/MS** – Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
- SIM** – Sistema de Informações sobre Mortalidade
- SUS** – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	VIOLÊNCIA EM NÚMEROS	18
1.2	OS HOMICÍDIOS E A INTERFACE COM A SAÚDE	22
1.3	FONTES DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE: COBERTURA E QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE	25
2	OBJETIVO	30
2.1	OBJETIVO GERAL	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	METODOLOGIA	31
3.1	TIPO, POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO	31
3.2	FONTE DE DADOS	33
3.3	VARIÁVEIS DE ESTUDO	33
3.4	PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS	34
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
4	RESULTADOS	38
4.1	MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NO ESTADO DO PARANÁ DE 1979 A 2005	38
4.1.1	Mortalidade por causas externas	38
4.1.2	Mortalidade por homicídios segundo sexo e idade	40
4.1.3	Mortalidade por homicídios segundo tipo de agressão	48
4.2	MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS EM HOMENS DE 15 A 49 ANOS NO PARANÁ SEGUNDO MACRO REGIONAL E REGIONAL DE RESIDÊNCIA, 1979 A 2005	51
4.3	MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS EM HOMENS DE 15 A 49 ANOS NO PARANÁ, 2003 A 2005	58
4.3.1	Mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo raça/cor	58
4.3.2	Mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo escolaridade	59

5	DISCUSSÃO	63
6	CONCLUSÕES	74
	REFERÊNCIAS	77
	ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

1.1 A VIOLÊNCIA EM NÚMEROS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força ou poder físico, como fato ou ameaça, contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos do desenvolvimento ou privações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1994).

O crescimento da violência na sociedade contemporânea é objeto de estudo de diversos pesquisadores e está presente na agenda de saúde de instituições governamentais, pois apresenta fatores de morbidade e mortalidade evitáveis, requerem tratamento e reabilitação de alto custo, afeta a vítima, sua família e toda a sociedade, causando impacto negativo no desenvolvimento social e econômico (DAHLBERG; KRUG, 2006; GAWRYSZEWSKI; MELLO JORGE, 2000; BRASIL, 2005b; MINAYO, 2006b; WAISELFISZ, 2007).

Pode-se dizer que a violência sempre fez parte da experiência humana. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, a cada ano no mundo, mais de 1,6 milhões de pessoas perdem a vida e outras tantas são afetadas em decorrência da violência auto-infringida, como o suicídio, a violência interpessoal, como os homicídios e a violência coletiva (DAHLBERG; KRUG, 2006). Na população mundial, esta cifra corresponde a um coeficiente ajustado por idade, em 2000, de 8,8 por 100.000 habitantes, sendo 14,4 nos países desenvolvidos e 32,1 nos países em desenvolvimento. No geral, é responsável pela principal causa de morte em pessoas na extensa faixa etária de 15 a 44 anos, em todo o mundo (KRUG et al., 2002).

Nos últimos anos as mortes por violência vêm apresentando uma importância crescente, situação relatada por diversos pesquisadores (MELLO JORGE et al., 2002; MORAES et al., 2003; MINAYO, 2006a). A elevada frequência, principalmente no meio urbano e a ocorrência entre jovens e adolescentes tem influenciado alguns indicadores de saúde, tais como os Anos Potenciais de Vida Perdidos (MELLO JORGE et al., 2002) e os indicadores econômicos em razão dos gastos com

tratamentos e seqüelas, além de as vítimas estarem em uma faixa etária da população economicamente ativa (MELLO JORGE et al., 2001).

De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10), as mortes por violência ou não-naturais são classificadas como causas externas. Entre os componentes das causas externas estão as ocorrências não intencionais ou acidentais: acidentes de transporte, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidente, e as ocorrências intencionais: homicídios, suicídios e intervenções legais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

No Brasil, na década de 80, as mortes por violência passaram a responder pela segunda causa de morte no quadro geral de mortalidade, representando um percentual de 15% do total de óbitos, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Porém, o crescimento do impacto das causas externas no perfil da mortalidade geral no país não se dá de forma homogênea (SOUZA, 1994).

Em análise da situação de saúde realizada pelo Ministério da Saúde, com informações do ano de 2004, observou-se que as doenças do aparelho circulatório representavam 32,5% das mortes, vindo em seguida as neoplasias e as causas externas com 16% e 14,5%, respectivamente. Esta situação foi diferente segundo regiões. Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste a segunda maior causa de morte foram as causas externas, com os percentuais de 18,9%, 15,5% e 17,7%, respectivamente e as neoplasias apareceram em terceiro lugar, com 12,7%, 12,5% e 14,4%, respectivamente. Nas regiões Sul e Sudeste as causas externas foram a terceira causa de morte, com percentuais de 12,6% e 13,3%, respectivamente (BRASIL, 2006).

O padrão de mortalidade por causas externas é diferente quando analisado por sexo. No Brasil, em 2002, verificou-se que na faixa etária jovem, de 15 a 24 anos, as causas externas foram a principal causa de mortalidade para ambos os sexos, mas com diferenças de coeficientes para os homens de 177,1 óbitos por 100.000 habitantes e para as mulheres de 20,4 por 100.000 habitantes. Na faixa etária de 25 a 44 anos, para os homens ainda permanecem as causas externas como principal causa de morte com 175,3 por 100.000 habitantes e, para as mulheres, as neoplasias com 26,4 óbitos por 100.000 habitantes, ocupando o segundo lugar as doenças do aparelho circulatório com 25,7 por 100.000 habitantes, seguido das causas externas com 20,4 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2005d).

A sobremortalidade masculina verificada no Brasil é encontrada, também, em outros países. Estudo divulgado pela Organização Mundial de Saúde (KRUG et al., 2002) aponta que, no mundo em 2000, 77% dos homicídios ocorreram no sexo masculino, apresentando coeficientes três vezes maiores que no sexo feminino. Os coeficientes mais elevados foram verificados para os homens na faixa etária de 15 a 29 anos com 19,4 óbitos por 100.000 habitantes, seguidos pelos de 30 a 44 anos com 18,7 por 100.000 habitantes.

Com relação a causas específicas, os homicídios representaram em média 22% das mortes por causas externas no período de 1980 a 1988 (SOUZA, 1994). Em 2003, no Brasil, as causas externas foram responsáveis por 126.656 óbitos, dos quais 40,3% foram decorrentes de homicídios e 26,7% de acidentes de transporte (BRASIL, 2005d).

Em 2004 o Brasil ocupou o quarto lugar na classificação entre 84 países, com um coeficiente geral de mortalidade por homicídios de 27 óbitos por 100.000 habitantes, índice semelhante aos da Rússia e Venezuela, sendo superado apenas pelo da Colômbia, na América Latina. O coeficiente brasileiro é 30 a 40 vezes superior aos coeficientes encontrados em países como Inglaterra, França, Alemanha, Japão e Egito (WASELFISZ, 2007).

Atualmente, no Brasil, os homicídios estão entre as principais causas de morte violenta, ultrapassando os acidentes de transporte na década de 90 e, a partir desse período, passaram a ter maior representatividade no conjunto das causas externas. Em 20 anos, de 1980 a 1999, o aumento dos coeficientes de mortalidade por homicídios foi de, praticamente, 100% e esta tendência de crescimento verificou-se em todas as unidades da federação (MELLO JORGE et al., 2001).

Na região Sul do Brasil o comportamento da mortalidade por homicídios difere do restante do país. Os óbitos por acidentes de transporte predominaram em 2003, com um coeficiente de mortalidade de 25,2 óbitos por 100.000 habitantes. O Estado de Santa Catarina apresentava os índices de mortalidade por acidentes de transporte mais elevados com 30,3 óbitos por 100.000 habitantes, seguido pelo Paraná, com 28,1 óbitos por 100.000 habitantes. A mortalidade por homicídios apresentou, na Região Sul, um coeficiente de 19,5 óbitos por 100.000 habitantes, sendo mais elevada no Paraná, com 25,5 óbitos por 100.000 habitantes, seguida pelo Rio Grande do Sul com 17,9 óbitos por 100.000 habitantes (DATASUS, 2007a).

Entretanto, observou-se na região Sul um declínio na participação da mortalidade por acidentes de transporte e aumento na mortalidade por homicídios. Em 1996 os acidentes de transporte representavam 41,7% das causas externas e os homicídios 18,4%. Em 1999, 36,9% das causas externas decorreram dos acidentes de transporte e 22,2% dos homicídios (MELLO JORGE et al., 2001), ou seja, aumento proporcional dos óbitos por homicídios na Região Sul de 20,6% em apenas três anos. Em estudo realizado por técnicos do Ministério da Saúde, verificou-se para a região Sul que o coeficiente da mortalidade por homicídios com arma de fogo apresentou uma tendência crescente, de 1980 a 2003, principalmente no Paraná, e o coeficiente de mortalidade por acidentes de transporte terrestre apresentou um declínio nos últimos anos, também na região Sul, no mesmo período (BRASIL, 2005d).

Em estudo apresentado pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) (BRASIL, 2007) verificou-se que a região Sul apresentou o menor coeficiente de mortalidade por homicídios dentre as demais regiões do país, em 2005, com uma taxa de 20,8 óbitos por 100.000 mil habitantes. Nessa região, o estado que apresentou o maior coeficiente de mortalidade por homicídios foi o Paraná, com um coeficiente de 28,9 óbitos, seguido pelo Rio Grande do Sul com 18,6 óbitos e Santa Catarina com 10,7 óbitos, por 100.000 habitantes. Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro foram os estados que apresentaram maiores coeficientes de mortalidade por homicídios, com 51,5, 47 e 46 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Análise da mortalidade por homicídios no Estado do Paraná, realizada pela da Secretaria de Estado da Saúde, mostra aumento nos coeficientes de mortalidade por homicídios nos últimos anos, com 22,6 óbitos em 2002, 25,5 óbitos em 2003 e 27,8 óbitos por 100.000 habitantes em 2004 (PARANÁ, 2007). De acordo com o Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros, o Paraná ocupa hoje a 11ª colocação na classificação dos estados brasileiros. Dez anos antes, em 1994, o Paraná estava em 16º lugar na classificação geral da mortalidade por homicídios no Brasil (WAISELFISZ, 2007).

No Paraná, como em todos os estados do Brasil, observou-se que os homens na faixa etária de 15 a 59 anos estão mais expostos ao risco de morte por homicídios (BRASIL, 2005d). Diante desta situação, torna-se oportuno o comentário efetuado por Minayo (2006a), isto é, que a violência fatal e a ocorrência de acidentes

não se apresentam de forma homogênea: entre grupos etários, gênero e regiões do país, devendo ser estudados em suas especificidades.

1.2 OS HOMICÍDIOS E A INTERFACE COM A SAÚDE

Os serviços de atenção à saúde no Brasil têm alcançado diversos avanços na redução da mortalidade infantil, possivelmente relacionados ao empenho dos governos e equipes de saúde no desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas às crianças, que repercutiu na melhoria do indicador esperança de vida ao nascer. Entretanto, como destaca Simões (2002), o aumento da mortalidade por causas externas, principalmente entre jovens, causa um efeito negativo sobre a esperança de vida ao nascer, ao reduzir os ganhos de anos que vinham sendo obtidos em função do declínio da mortalidade infantil.

Diversos estudos ressaltam o fato de os homicídios terem se tornado causa importante da mortalidade em jovens, principalmente do sexo masculino em grandes e médios centros urbanos, fenômeno que tem sido correlacionado à desigualdade social, desemprego, tráfico de drogas e acesso facilitado às armas de fogo. (LIMA et al, 2002; BARATA et al, 1999; GAWRYSZEWSKI e MELLO JORGE, 2000; MORAES et al, 2003; MINAYO, 2006b).

O crescimento alarmante dos óbitos e coeficientes por homicídios tem sido preocupação crescente, tornando-se um problema relevante de saúde. Souza et al. (2006) comentam que a violência, como problema de saúde pública está bem distanciado das práticas dos serviços de saúde, sendo um objeto bastante estranho ao setor de saúde, à exceção dos serviços de emergência. Os programas de saúde não estão articulados para direcionar as ações de prevenção e assistência às vítimas e famílias nas unidades básicas de saúde e principalmente, porque a prevenção da violência tem sido tradicionalmente incumbência do sistema jurídico penal e dos órgãos de segurança pública.

Em 1996, a 49ª Assembléia Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde promulgou a Resolução WHA49.25 em que declara que a violência é um problema de saúde pública fundamental e crescente em todo o mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), reconhecendo as graves conseqüências que a

violência tem para a saúde e para o desenvolvimento psicológico e social dos indivíduos, famílias e comunidades e o impacto nos serviços de saúde, decorrente dos escassos recursos no atendimento às vítimas (KRUG et al., 2002). Esta Resolução é uma convocatória aos Estados Membros, para que avaliem a situação da violência em seus territórios, comuniquem à OMS a situação encontrada e determinem qual enfoque será dado ao problema.

No Brasil, a partir da recomendação de que cada país promova o seu diagnóstico sobre a situação da violência e elabore planos de ação, foi promulgada, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005a). Para conhecer a situação no país o Ministério da Saúde elaborou o documento “Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros” (BRASIL, 2005b), além de diversos documentos que abordam a violência sobre vários aspectos, que podem ser acessados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências apresenta-se como instrumento orientador para a atuação do setor saúde frente às ocorrências de acidentes e mortes violentas que geram agravos e demandam de serviços e ações. Esta política enfatiza a promoção da saúde considerando a sua finalidade, que é o alcance da qualidade de vida e suas estratégias essenciais: a intersetorialidade e o fortalecimento da ação comunitária (BRASIL, 2005a).

Ao investigar a violência sob o aspecto da saúde, depara-se com a complexidade de sua abordagem e seus determinantes, que estão intimamente relacionados aos problemas sociais. A OMS, em seu relatório sobre a saúde e a violência, informa que 91,1% dos óbitos por violência no mundo são registrados em países com predomínio de população de baixa renda, sendo o acirramento da violência relacionado à pobreza, ao baixo nível de escolaridade e ao meio doméstico onde vivem os menos favorecidos (KRUG et al., 2002).

Outros estudos fazem referência ao aumento da mortalidade por homicídios nas últimas décadas, decorrente do acelerado processo de urbanização e industrialização propiciado pelas mudanças econômicas e sociais verificadas no país, sobretudo nos centros urbanos. (BARATA et al., 1999; LIMA et al., 2002; LIMA et al., 2005).

Apesar da dificuldade de selecionar indicadores sócios econômicos que sejam capazes de incorporar as variadas dimensões das iniquidades em saúde em diferentes contextos sociais (MAGALHÃES, 2007), diversos autores verificaram a relação dos determinantes socioeconômicos, como renda familiar, grau de escolaridade, renda per capita, entre outros, com os homicídios (BARATA; RIBEIRO, 2000; LIMA et al., 2005; GAWRYSZEWSKI; COSTA, 2005; AIDAR; SOARES, 2006).

Desta forma a inclusão do tema da violência nas políticas públicas de saúde passa pela reflexão de que este é um problema da sociedade como um todo; no entanto a violência torna-se um problema de saúde, pois, num sentido mais estrito, afeta a saúde e causa a morte (BRASIL, 2005b). Para a prevenção dos eventos que afetam a saúde da população, Minayo (2006b) recomenda o desenvolvimento de pesquisas que busquem um estágio mais profundo de especificidade, contexto histórico e diferenciação de grupos, eventos, locais e relevância.

1.3 FONTES DE INFORMAÇÕES DE MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA: COBERTURA E QUALIDADE DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE

Os estudos de mortalidade constituem-se em importante ferramenta para conhecer e descrever as características de saúde da população e permitem acompanhar as mudanças no perfil epidemiológico de uma população, bem como conhecer a magnitude e as tendências dos indicadores de saúde (GAZE; PEREZ, 2006; MATHIAS et al., 2005; LAURENTI et al., 2004).

Mello Jorge et al. (2001) comentam que é possível dimensionar a magnitude e complexidade da violência a partir das estatísticas de saúde, tanto de morbidade como de mortalidade, mesmo sabendo que nem todos os aspectos da violência são quantificáveis, além das limitações que as informações disponíveis proporcionam como a sub-notificação e a baixa cobertura das informações de mortalidade e morbidade em algumas regiões do país.

Desta forma, as análises dos dados de mortalidade por violência podem ser utilizadas para verificar as mudanças ocorridas no transcurso do tempo, identificar

grupos e comunidades com alto risco frente às violências e fazer comparações entre regiões (DAHLBERG; KRUG, 2006).

Quanto à morbidade por violência, sabe-se que corresponde a um número de eventos muito maior do que os óbitos e que as informações são mais difíceis de serem obtidas (SOARES; BARROS, 2006).

Os dados sobre violência podem ser obtidos por diversas fontes de informação, cada uma delas constituída de forma a atender as necessidades institucionais nas quais são geradas; deste modo, encontram-se algumas divergências nos resultados das investigações, dependendo da fonte consultada (SOUZA et al., 2006a).

No Brasil as fontes oficiais de informação sobre a violência estão vinculadas ao Ministério da Justiça (Secretaria de Segurança Pública) e ao Ministério da Saúde (Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde). Os órgãos de segurança pública sistematizam os dados dos crimes e delitos enquadrados pelo Código Penal, e os serviços de saúde sistematizam os dados de mortalidade e morbidade por causas externas (MELLO JORGE et al., 2003).

Dentre as fontes de informações para o estudo das violências e acidentes destacam-se as oficiais provenientes do boletim de ocorrência policial, boletim de registro de acidentes de trânsito, sistema de atendimento pré-hospitalar, autorização de internamento hospitalar, comunicação de acidente de trabalho e declaração de óbito.

O Boletim de Ocorrência policial (BO) corresponde ao instrumento utilizado pelos órgãos da Segurança Pública e tem como referência o evento. Não é padronizado no Brasil e informa melhor o evento grave que chega ao conhecimento da polícia. Pode servir como fonte adicional para completar o preenchimento da declaração de óbito, no Instituto Médico Legal, pelo perito legal.

Os Departamentos de Trânsito (DETRAN) e Departamentos de Estrada, coletam os dados relativos a acidentes ocorridos nas vias sob a sua jurisdição e os registram no boletim de registro de acidentes de trânsito. Este formulário identifica veículos, condutores, passageiros, pedestres e proporcionam informações sobre as circunstâncias do evento.

Outra fonte de informações são os sistemas de atendimento pré-hospitalar públicos o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e às Emergências (SIATE) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que possuem fichas

preenchidas para cada paciente atendido, que disponibiliza informações sobre características da vítima, descrições das lesões, circunstâncias do acidente e do atendimento prestado.

Os atendimentos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) são registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) sendo utilizados os dados contidos na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Outro documento hospitalar é o prontuário do paciente, que se constitui importante fonte de informações, mesmo com os problemas da qualidade do preenchimento e dos problemas éticos existentes.

Os acidentes de trabalhos devem ser registrados na comunicação de acidente de Trabalho (CAT), que é um instrumento utilizado no país para a notificação ao Instituto Nacional de Seguridade Social, para fins de concessão de benefícios.

Em todos os casos de morte preenche-se a declaração de óbito (DO), documento de preenchimento obrigatório. Os dados da DO são registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS). Nos casos de óbitos por causas externas, a DO é preenchida no Instituto de Medicina Legal. Algumas vezes não há o detalhamento quanto ao tipo ou intencionalidade da causa externa responsável pelas lesões que provocaram o óbito, sendo considerado como uma morte decorrente de causas externas de intencionalidade indeterminada.

O atual formulário da DO emitido pelo médico, de modelo internacional, foi proposto em 1948 e adotado praticamente por todos os países. O atestado de óbito foi padronizado no Brasil, em 1975, através da distribuição de um formulário único, quando da implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (MELLO JORGE et al., 2003; MELLO JORGE et al., 2007). Os formulários são recolhidos dos serviços de saúde e cartório de registro civil pelas Secretarias Municipais de Saúde, sendo analisados e codificados de acordo com a causa básica, processadas e enviadas para a Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente ao Ministério da Saúde para consolidação.

Segundo a legislação vigente, se o óbito sobrevier em decorrência de uma causa violenta ou acidente, suspeita ou não, a DO deverá ser fornecida por perito legista após a necropsia (Código de Processo Penal, artigos 158 a 162) sendo posteriormente encaminhado ao Cartório de Registro Civil, para o registro do evento, lavrando a certidão de óbito (MELLO JORGE et al., 2003). A terceira via da DO é

encaminhada para as secretarias municipais e regionais de saúde onde é realizada a seleção da causa básica e alimentação do SIM.

Quando o médico legista atesta apenas a natureza da lesão (fraturas, lacerações, hemorragias, entre outras) como causa de morte na DO, não mencionando as circunstâncias em que ocorreu a morte, a codificação da causa básica para alimentação do sistema de informação, será “evento por causa externa de intenção indeterminada”. Neste caso não haverá a informação se o que ocorreu foi acidente, homicídio ou suicídio (LAURENTI, 1997). A ausência de informação sobre as circunstâncias que ocasionaram as lesões e a conseqüente classificação dos óbitos em eventos de intenção indeterminada interfere na qualidade da informação e compromete a análise da mortalidade por homicídios (MELLO JORGE et al., 2007).

Diante disto, o Ministério da Saúde, a partir de 1996, passou a fazer constar na DO o campo VIII – “Prováveis circunstâncias da morte não natural”, cujas informações são de caráter estritamente epidemiológico. O preenchimento do campo deve ser feito com base no BO, informações de familiares, do hospital ou qualquer outra fonte. A variável 59, do campo VIII, em questão aberta, requer uma descrição do evento, incluindo o local de ocorrência. O preenchimento deste campo auxilia a codificação, de acordo com a classificação padronizada das causas e traumatismos, mesmo que a descrição das causas na Parte I da DO esteja incompleta (MELLO JORGE et al., 2003).

A qualidade das informações sobre o detalhamento dos acidentes e homicídios pode ser verificada mediante a análise da proporção de óbitos classificados como “eventos de intenção indeterminada”, no capítulo das causas externas. Atualmente, no Brasil os óbitos por eventos de intenção indeterminada correspondem a 10% dos óbitos por causas externas, sendo que em 1980 correspondiam a nada menos que 20% do total (MELLO JORGE et al., 2007).

Verifica-se que não é por falta de normas que não se pode realizar a classificação adequada das causas externas, no sentido de garantir a informação com qualidade. Cada código da CID, para as causas externas, representa a circunstância que ocasionou o evento, havendo situações que podem ser codificadas de diversas maneiras, por exemplo: a lesão por arma de fogo, que pode ser considerada: um acidente (W32-W34), um homicídio (X93-X95), um suicídio

(X72-X74) ou de intenção indeterminada (Y22-Y24), sendo as mortes provocadas por policiais no cumprimento da lei consideradas intervenções legais (Y35).

O Ministério da Saúde realizou, em 2005, uma avaliação sobre a evolução da cobertura do SIM no país e da qualidade de preenchimento da declaração de óbito. Os resultados apontam que nas regiões Sul e Sudeste os dados são mais bem coletados que nas outras regiões do país. O Estado do Paraná apresentou uma razão de 94,1% entre os óbitos informados e estimados, em 2003, e para o Brasil a razão foi 83,9%. Na qualidade de preenchimento as regiões Sul e Centro Oeste apresentaram o percentual mais baixo de variáveis com preenchimento ignorado/branco na declaração de óbito. O Estado do Paraná apresentou o melhor desempenho da região Sul na qualidade de preenchimento da DO (BRASIL, 2005d).

Em relação à variável raça/cor deve-se considerar que esta variável foi introduzida na DO no ano de 1996. Em seus primeiros anos de vigência o preenchimento não foi satisfatório, o percentual de não informados no Brasil foi de 96,7% em 1996, melhorando com o passar do tempo. Em 2003 a proporção de variável raça/cor com preenchimento ignorado ou em branco na DO no Brasil foi de 10,3% e no Paraná de 3,2% (BRASIL, 2005c).

Outra variável que apresenta inconsistências de preenchimento é a escolaridade, que teve seu formato modificado na DO a partir de 1998. Estudo realizado mostrou que para o ano de 2003, para o Brasil a variável escolaridade teve um percentual de não preenchimento e/ou ignorado de 39,6%, sendo que para o Paraná esse percentual cai para 15,1% (BRASIL, 2005d).

Os estudos realizados em Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo retratam o comportamento da mortalidade por homicídios, onde os eventos violentos impactam de maneira muito significativa nos indicadores de morbimortalidade e nos serviços de saúde destes estados (LIMA, 2003; CRUZ, 2004; BARATA; RIBEIRO, 2000).

As informações sobre violência constituem elementos importantes para o acompanhamento de sua tendência no país e, conseqüentemente, para avaliação do impacto de intervenções e dimensionamento de políticas públicas voltadas para a sua redução.

Para verificar o impacto da mortalidade por homicídios torna-se imperioso realizar um diagnóstico da situação no Paraná, principalmente pela falta de estudos mais detalhados sobre a mortalidade por homicídios no estado. O conhecimento

sobre a magnitude e tendência da mortalidade por homicídios no Paraná pode contribuir para compreender as características deste evento no estado segundo suas regiões.

Para tentar suprir a lacuna de conhecimento sobre a mortalidade por homicídios no estado do Paraná, este estudo busca discutir a importância desse agravo como um grave problema de saúde pública que enfrenta a sociedade atual e elucidar o seguinte questionamento: Qual é o perfil da mortalidade por homicídios no estado do Paraná e sua evolução nas últimas décadas?

Espera-se que a realização de estudos mais detalhados sobre a mortalidade violenta contribua para conhecer a realidade no estado do Paraná e servir como subsídios no planejamento das ações e políticas que visem à redução desse agravo em nossa sociedade, observando as particularidades regionais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a tendência temporal e o perfil da mortalidade por homicídios no estado do Paraná, no período de 1979 a 2005.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar a mortalidade por homicídios de residentes no estado do Paraná segundo sexo, idade e tipo de agressão no período de 1979 a 2005.

Analisar a mortalidade por homicídios de residentes no estado do Paraná, do sexo masculino de 15 a 49 anos, segundo Regional e Macro Regional de Saúde de residência no período de 1979 a 2005.

Analisar a mortalidade por homicídios de residentes no estado do Paraná, do sexo masculino de 15 a 49 anos, segundo raça/cor e escolaridade no triênio 2003-2005.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS, POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo integra o projeto de pesquisa: “Acidentes e violências no Paraná: magnitude, tendência, fatores associados, seqüelas e gastos hospitalares”, Edital 024/2004 (Magnitude, dinâmicas e compreensão da violência, acidentes e trauma: estudos quantitativos de base populacional e estudos qualitativos), CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, com apoio financeiro do Ministério da Saúde/DECIT.

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, do tipo ecológico da mortalidade por homicídios entre residentes no estado do Paraná, no período de 1979 a 2005.

Os estudos ecológicos são desenvolvidos em áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente indicadores globais (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Esses estudos permitem compreender o comportamento e tendência do agravo em determinada área geográfica ou território, identificar grupos de população de risco e conseqüentemente subsidiar as formas de intervenção na área de políticas públicas.

A população compreende todos os óbitos registrados por homicídios de residentes no estado do Paraná, no período de 1º de janeiro de 1979 a 31 de dezembro de 2005.

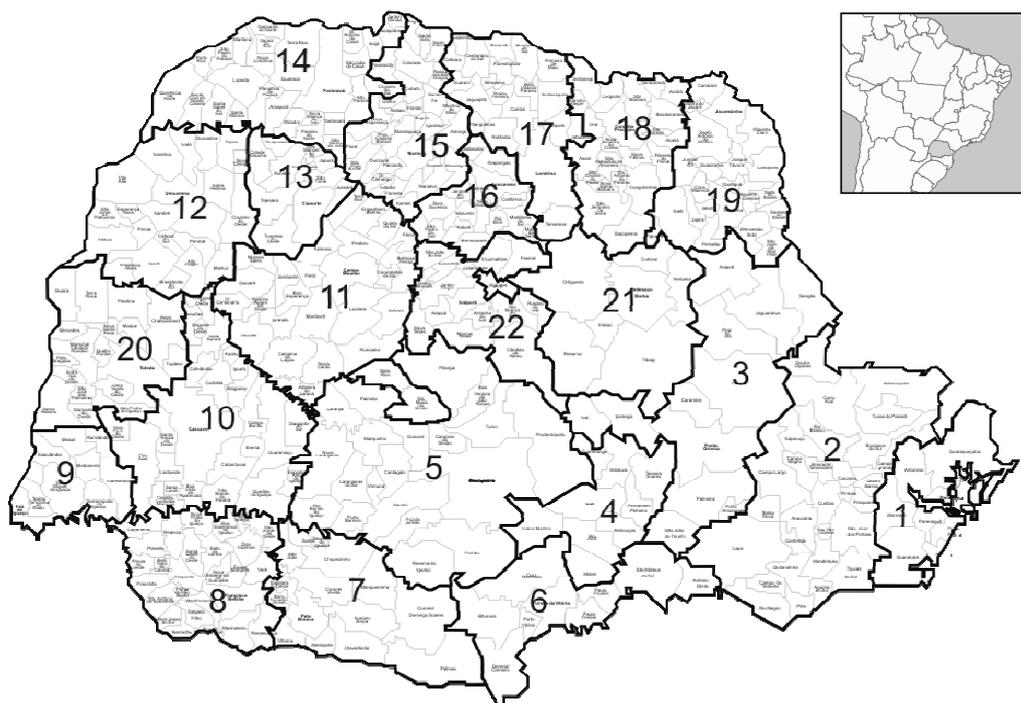
O Estado do Paraná está localizado na região Sul do Brasil, com 199.880 km² de extensão territorial e ocupa 2,36% do território nacional. Possui clima subtropical e preserva parte da mata atlântica original e parte das florestas de araucária. O Paraná recebeu imigrantes de diversos países da Europa e japoneses no final do século 19 e início do século 20, o que impulsionou a atividade agrícola e moldou as tradições culturais do Estado (PARANÁ, 2006).

A população do Paraná é estimada em 10.511.862 habitantes para o ano de 2007 (PARANÁ, 2007), distribuídos em 399 municípios. No final da década de 80, a divisão do território era constituída de 318 unidades administrativas. Por força da Constituição Federal, na década de 90, os Estados passaram a estabelecer os requisitos para emancipação, e “a criação de municípios toma novo impulso: são

instalados mais de 81 municípios no território paranaense, desmembrados de outros 69 municípios” (PARANÁ, 2006).

Os municípios paranaenses estão agrupados em 22 Regionais de Saúde (ANEXO A), as quais constituem a instância administrativa intermediária da Secretaria de Estado da Saúde, onde são desenvolvidas as políticas estaduais de saúde. A Regional apresenta-se como instância de apoio, cooperação técnica e investimentos nos municípios e nos consórcios intermunicipais de saúde. Cabe-lhes desenvolver as condições necessárias para apoiar o município em todas as áreas e participar na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência com qualidade (PARANÁ, 2007).

As Regionais de Saúde estão agrupadas em seis Macros Regionais, que não constituem novas instâncias administrativas, não têm sede e nem funcionários, mas tem como objetivo articular as Regionais de Saúde em conjuntos para que possa, também entre si, somar esforços na solução de problemas comuns, desenvolvimento de atividades afins e trocas de experiências. As Regionais de Saúde (Mapa 1) apresentam uma heterogeneidade quanto à densidade demográfica, desenvolvimento econômico e recursos de saúde (PARANÁ, 2007).



Mapa 1 – Distribuição geográfica das Regionais de Saúde no estado do Paraná. 2007.

A divisão administrativa do Estado em Macro Regional, agrupando as Regionais de Saúde (RS) apresenta a seguinte conformação:

Macro Leste: 1ª RS – Paranaguá e 2ª RS – Metropolitana.

Macro Campos Gerais: 3ª RS – Ponta Grossa; 4ª RS – Irati; 6ª RS – União da Vitória e 21ª RS – Telêmaco Borba.

Macro Centro: 5ª RS – Guarapuava e 22ª RS – Ivaiporã.

Macro Oeste: 7ª RS – Pato Branco; 8ª RS – Francisco Beltrão; 9ª RS – Foz do Iguaçu, 10ª RS – Cascavel e 20ª RS – Toledo.

Macro Noroeste: 11ª RS – Campo Mourão; 12ª RS – Umuarama; 13ª RS – Cianorte; 14ª RS – Paranavaí e 15ª RS – Maringá.

Macro Norte: 16ª RS - Apucarana; 17ª RS – Londrina; 18ª RS – Cornélio Procópio e 19ª RS – Jacarezinho.

3.2 FONTE DE DADOS

Os dados de mortalidade para os anos de 1979 a 2005 foram obtidos a partir de tabulações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, disponível no endereço eletrônico do DATASUS/MS/TABNET (DATASUS, 2007a). O documento base é a declaração de óbito (DO), formulário numerado em três vias expedido pelo Ministério da Saúde e preenchido nos serviços de saúde por ocasião do óbito (ANEXO B).

Para cálculo dos coeficientes foram utilizados os dados populacionais relativos aos censos demográficos dos anos de 1980, 1991 e 2000, contagem populacional de 1996 e as projeções populacionais elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e fornecidos pelo Ministério da Saúde (DATASUS, 2007b).

3.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Sexo: Masculino e feminino.

Idade: Agrupadas da seguinte forma: 0 a 9 anos, 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos, 70 anos e mais.

Raça/cor: Agrupada em Branca (branca, amarela e indígena) e Negra (parda e preta).

Escolaridade: Classificada de acordo com o número de anos de estudos: nenhum, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 e mais.

Tipo de agressão: Arma de fogo, arma branca e outras agressões.

Local de residência: Regional e Macro Regional de Saúde de residência.

3.4 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

A mortalidade por homicídios foi analisada de acordo com as categorias da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - 9ª revisão (CID-9) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1976), nos eventos ocorridos de 1979 a 1995, e de acordo com a 10ª Revisão (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000), para as ocorrências nos anos de 1996 a 2005. Para assegurar a correspondência entre as revisões da CID, foi estabelecida a equivalência entre as 9ª e 10ª revisões (Quadro 1).

CID-9		CID-10	
Nomenclatura	Código	Nomenclatura	Código
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente	E960 - E969	Agressões	X85 -Y09
Intervenções legais	E970 - E977	Intervenções legais	Y35
Lesões em que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas	E980 – E988	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Y10 – Y34

Quadro 1 – Correspondência de códigos entre CID-9 e CID-10.

Neste estudo, aos óbitos por homicídios (CID-9: E960 a E969 e CID-10: X85 a Y09) foram somados os óbitos classificados em intervenções legais (CID-9: E970 a E977 e CID-10: Y35), eventos de intenção indeterminada por arma de fogo (CID-9: E985 e CID-10: Y22 a Y24) e eventos de intenção indeterminada por arma branca (CID-9: E986 e CID-10: Y28). Estudos anteriores fazem referência sobre a importância da inclusão dos óbitos por eventos de intenção indeterminada e por intervenção legal no conjunto dos óbitos por homicídios (CRUZ, 1996; DRUMOND JÚNIOR et al., 1999; LAURENTI et al., 2004; HAKI et al., 2005; MATOS et al., 2007).

A utilização desta categoria ampliada possibilita a inclusão de óbitos que poderiam ser classificados como homicídios, mas foram classificados como lesões em que se ignora se acidental ou intencional, além dos óbitos por intervenção legal, que segundo estudos recentes, quando mais bem examinados, são classificados como homicídios. Diversos autores têm chamado atenção para essas distorções dos registros de óbitos e têm proposto essa estratégia para diminuir os erros na interpretação das estatísticas deste grupo de mortes (GAWRYSZEWSKI; MELLO JORGE, 2000; CORDEIRO; DONALISIO, 2001; MELLO JORGE et al., 2002; MORAES et al., 2003; AIDAR; SOARES, 2006).

Para análise dos dados foram consideradas as informações conhecidas para cada variável, não sendo apresentadas nas tabelas e figuras as informações ignoradas. Os dados foram analisados por meio da verificação de proporções e coeficientes de mortalidade. Para análise das proporções, os óbitos foram agrupados em cinco períodos – 1979 a 1985, 1986 a 1991, 1992 a 1996, 1997 a 2000 e 2001 a 2005. Os períodos foram selecionados levando em consideração os anos extremos da disponibilidade dos dados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os anos censitários de 1980, 1991, 1996 e 2000. Para análise dos coeficientes foram utilizados seis triênios – 1979-1981, 1984-1986, 1990-1992, 1995-1997, 1999-2002 e 2003-2005, com o objetivo de reduzir possíveis flutuações no número de óbitos e na população durante o período. Para seleção dos triênios foi considerado o ano de 1979, primeiro ano com dados disponíveis no SIM, os anos censitários de 1980, 1991, 1996 e 2000, período entre os censos de 1980 e 1991 – 1984 a 1986 e o último triênio do período 2003 a 2005, disponível na base do DATASUS.

Para a análise da mortalidade foram estimados coeficientes de mortalidade por sexo, padronizados por idade em intervalos quinquenais de idade, considerando como população padrão a população do Paraná do censo de 2000. Utilizou-se o método direto de padronização para o qual os coeficientes observados são aplicados a uma mesma população-padrão, obtendo-se os óbitos esperados. A partir daí é calculado o coeficiente padronizado dividindo-se o número total de óbitos esperados pelo total da população-padrão, por 100.000 habitantes (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A análise da tendência da mortalidade por homicídios foi realizada por meio de média móvel e análise da variação anual dos coeficientes. A média móvel dos coeficientes brutos e padronizados de mortalidade por homicídios foi calculada por ciclos de três anos do período de 1979 a 2005, sendo o primeiro ciclo representado pelo ano de 1980 e os anos subsequentes até o último ciclo do período estudado representado pelo ano de 2004. A média móvel foi utilizada com o propósito de reduzir a variabilidade aleatória dos coeficientes apresentada durante o período, pois é um filtro eficiente e de fácil utilização (BAILEY, 1995).

A análise de variação anual dos coeficientes fez-se pelo cálculo da diferença percentual anual dos coeficientes de mortalidade por homicídios de um triênio para outro e apresentada em períodos. Os períodos utilizados foram: 1980 a 1985 (triênios 1979-1981 e 1984-1986), 1985 a 1991 (triênios 1984-1986 e 1990-1992), 1991 a 1996 (triênios 1990-1992 e 1995-1997), 1996 a 2000 (triênios 1995-1997 e 1999-2001) e 2000 a 2004 (triênios 1999-2001 e 2003-2005).

O cálculo da variação percentual anual dos coeficientes é representado pela seguinte equação:

$$VAR\% = \frac{\frac{t_f - t_i}{t_i} \times 100}{I}$$

Onde $VAR\%$ é a variação percentual anual no período, t_f é o valor do coeficiente do triênio final do período, t_i é o valor do coeficiente do triênio inicial do período e I é o intervalo de anos entre o ano inicial e o ano final do período.

Para a análise da mortalidade por Regionais de Saúde foram selecionados os óbitos por homicídios no sexo masculino na faixa etária de 15 a 49 anos no período de 1979 a 2005 e eliminar a necessidade de padronização. Para as variáveis

raça/cor e escolaridade selecionaram-se os óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos ocorridos no triênio 2003-2005. Estas escolhas justificam-se por este grupo de homens na faixa etária de 15 a 49 anos apresentar um alto risco de morte por homicídios no estado e no país (LIMA, 2003). Foram calculados os coeficientes de mortalidade por homicídios, utilizando a média móvel para construção das figuras e procedendo a análise da variação percentual anual dos coeficientes de mortalidade por homicídios, utilizando os períodos descritos anteriormente.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado em 03 de dezembro de 2004 com o parecer nº. 350/2004 (ANEXO C) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, sendo aprovado em 7 de dezembro de 2004 com o parecer nº. 287/04 (ANEXO D).

4 RESULTADOS

4.1 MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS DE RESIDENTES NO ESTADO DO PARANÁ DE 1979 A 2005

4.1.1 Mortalidade por causas externas

Ao longo do tempo, a importância dos óbitos por causas externas no estado do Paraná pode ser verificada no risco de morrer. O coeficiente encontrado no ano de 1980 foi de 70,4 por 100.000 habitantes e em 2005 foi de 81,7 por 100.000, mostrando um aumento de 16% (Tabela 1).

Tabela 1 – Óbitos, porcentagem e coeficientes de mortalidade (por 100.000 habitantes) por causas externas segundo tipos de causa. Paraná, 1980 a 2005.

Ano	Acidentes transporte			Suicídios			Homicídios			Intenção indeterminada			Outras causas			Total		
	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef	n	%	coef
1980	1772	33,0	23,2	371	6,9	4,9	831	15,5	10,9	1199	22,3	15,7	1194	22,2	15,7	5367	100	70,4
1981	1736	32,1	22,6	398	7,3	5,2	929	17,2	12,1	1163	21,5	15,1	1190	22,0	15,5	5416	100	70,4
1982	1824	33,7	23,5	413	7,6	5,3	1076	19,9	13,8	805	14,9	10,4	1289	23,8	16,6	5407	100	69,6
1983	1928	35,7	24,6	451	8,3	5,7	1153	21,3	14,7	514	9,5	6,6	1358	25,1	17,3	5404	100	68,9
1984	2021	38,2	25,5	470	8,9	5,9	1066	20,2	13,5	467	8,8	5,9	1266	23,9	16,0	5290	100	66,8
1985	2381	42,9	29,8	443	8,0	5,5	921	16,6	11,5	371	6,7	4,6	1438	25,9	18,0	5554	100	69,4
1986	2742	46,5	33,9	471	8,0	5,8	931	15,8	11,5	395	6,7	4,9	1364	23,1	16,9	5903	100	73,1
1987	2511	44,4	30,8	436	7,7	5,3	922	16,3	11,3	442	7,8	5,4	1340	23,7	16,4	5651	100	69,3
1988	2506	43,1	30,5	421	7,2	5,1	1004	17,3	12,2	514	8,8	6,2	1373	23,6	16,7	5818	100	70,7
1989	2336	40,8	28,2	432	7,5	5,2	1112	19,4	13,4	419	7,3	5,0	1425	24,9	17,2	5724	100	69,0
1990	2356	39,6	28,2	459	7,7	5,5	1167	19,6	13,9	421	7,1	5,0	1554	26,1	18,6	5957	100	71,2
1991	2367	39,6	28,0	468	7,8	5,5	1225	20,5	14,5	431	7,2	5,1	1487	24,9	17,6	5978	100	70,8
1992	2521	41,8	29,5	482	8,0	5,6	1092	18,1	12,8	392	6,5	4,6	1542	25,6	18,0	6029	100	70,5
1993	2574	40,8	30,0	455	7,2	5,3	1237	19,6	14,4	415	6,6	4,8	1633	25,9	19,0	6314	100	73,5
1994	2935	43,5	33,9	503	7,4	5,8	1260	18,7	14,6	444	6,6	5,1	1610	23,8	18,6	6752	100	78,0
1995	2854	41,3	32,8	565	8,2	6,5	1387	20,1	15,9	463	6,7	5,3	1641	23,7	18,8	6910	100	79,3
1996	3169	43,9	35,2	610	8,4	6,8	1379	19,1	15,3	607	8,4	6,8	1454	20,1	16,2	7219	100	80,3
1997	3059	43,3	33,5	612	8,7	6,7	1581	22,4	17,3	396	5,6	4,3	1421	20,1	15,6	7069	100	77,4
1998	2695	39,4	29,1	665	9,7	7,2	1625	23,8	17,6	387	5,7	4,2	1468	21,5	15,9	6840	100	74,0
1999	2635	39,4	28,1	595	8,9	6,4	1706	25,5	18,2	373	5,6	4,0	1385	20,7	14,8	6694	100	71,5
2000	2568	37,4	26,9	586	8,5	6,1	1789	26,0	18,7	463	6,7	4,8	1462	21,3	15,3	6868	100	71,8
2001	2543	36,4	26,2	664	9,5	6,8	2052	29,3	21,2	363	5,2	3,7	1370	19,6	14,1	6992	100	72,1
2002	2667	36,6	27,2	579	7,9	5,9	2266	31,1	23,1	326	4,5	3,3	1453	19,9	14,8	7291	100	74,4
2003	2811	36,5	28,4	593	7,7	6,0	2555	33,2	25,8	278	3,6	2,8	1464	19,0	14,8	7701	100	77,7
2004	3147	37,4	31,4	678	8,1	6,8	2826	33,6	28,2	224	2,7	2,2	1540	18,3	15,4	8415	100	84,0
2005	3047	36,3	29,7	669	8,0	6,5	2977	35,5	29,0	205	2,4	2,0	1489	17,8	14,5	8387	100	81,7

Os acidentes de transporte foram a causa mais importante dentre as causas externas, com mais de 30% dos óbitos no estado do Paraná de 1979 a 2005. O segundo grupo de causas mais freqüente foi composto pelos outros acidentes, como quedas, envenenamentos, afogamentos entre outros, até o ano de 1997, quando perdem para os homicídios, que passam ocupar a segunda posição (22,4%). Em 2005, os óbitos por homicídios alcançaram proporção próxima à dos acidentes de transporte (35,5% e 36,3%, respectivamente) (Figura 1).

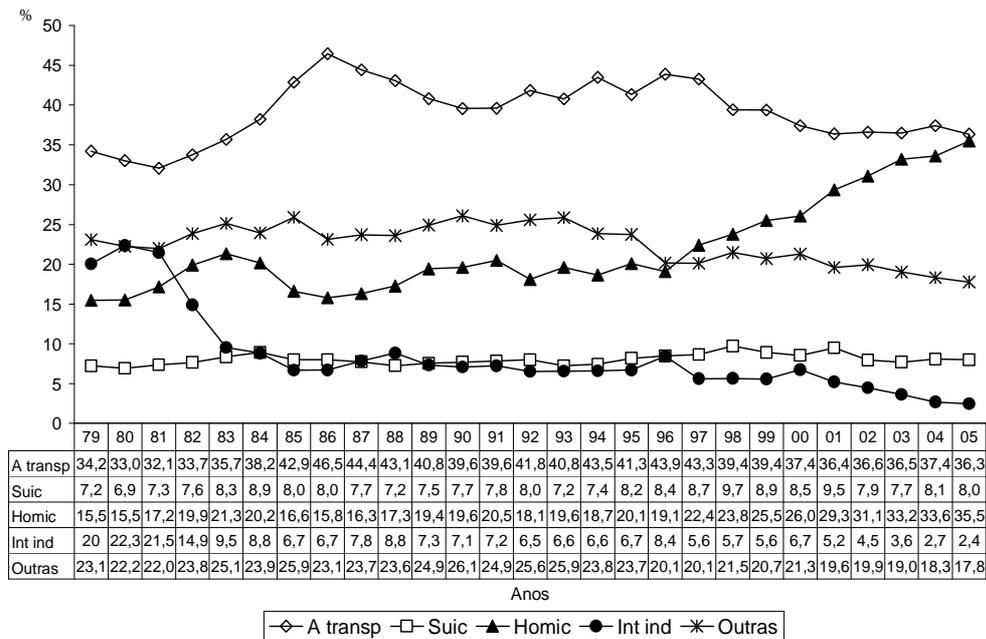


Figura 1 – Distribuição percentual de óbitos por causas externas, segundo tipos de causa. Paraná, 1979 a 2005.

Destaca-se, a partir de 1996, um claro aumento no percentual de óbitos por homicídios e queda no percentual de óbitos por acidentes de transporte, eventos de intenção indeterminada e outros tipos de causas externas. A mortalidade proporcional por suicídio manteve-se estável durante o período.

O crescimento das mortes por homicídios durante a segunda metade da década de 90 e no início dos anos de 2000 reflete-se nos coeficientes da mortalidade. Enquanto que na década de 80 o coeficiente de mortalidade por homicídio cresceu em torno de 2% ao ano, entre 1996 e 2000 o crescimento foi de 5% (Tabela 2).

Tabela 2 – Coeficientes de mortalidade por causas externas (por 100.000 habitantes) segundo tipos de causa e triênio. Paraná, 1979 a 2005.

	Triênios					
	1979/1981	1984/1986	1990/1992	1995/1997	1999/2001	2003/2005
Homicídios	11,2	12,2	13,7	16,1	19,3	27,8
Ac. Transporte	23,1	29,8	28,6	33,6	27,0	30,0
Suicídio	5,0	5,8	5,6	6,6	6,4	6,5
Int. Indeterminada	2,8	1,2	2,0	1,3	0,8	0,3
Outras causas	15,7	17,0	18,1	17,6	15,2	15,3
Total	69,8	69,8	70,9	77,9	71,1	81,2

	Variação anual (%)					
	Períodos					
	1980 a 1985	1985 a 1991	1991 a 1996	1996 a 2000	2000 a 2004	
Homicídios	1,7	2,2	3,4	5,0	11,0	
Ac. Transporte	5,8	-0,7	3,5	-4,9	2,8	
Suicídio	3,1	-0,6	3,8	-0,7	0,1	
Int. Indeterminada	-11,5	11,1	-7,4	-9,2	-14,3	
Outras causas	1,6	1,1	-0,5	-3,4	0,2	
Total	0,0	0,3	2,0	-2,2	3,6	

Mas foi no último período que a mortalidade por homicídio apresentou maior crescimento, passando de 19,3 no triênio de 1999/2001 a 27,8 óbitos por 100.000 habitantes no triênio de 2003/2005. No final do período estudado triênio 2003-2005, o coeficiente de mortalidade por homicídios (27,8 por 100.000 hab.) aproxima-se dos causados por acidentes de transporte (30,0 por 100.000 hab.). Observou-se um declínio relativo de 14,3% na mortalidade por causas externas por intenção indeterminada e aumento de 11,0% na variação anual da mortalidade por homicídios no período de 2000 a 2004.

4.1.2 Mortalidade por homicídios segundo sexo e idade

Em termos absolutos, de 1979 a 2005, ocorreram 32.245 óbitos no sexo masculino e 4.271 óbitos no sexo feminino (88,3 e 11,7%, respectivamente) por homicídios. No período de 2003 a 2005 concentrou-se o maior percentual de óbitos por homicídios no sexo masculino que foi de 29,3%. A relação é de um óbito feminino para cada 7,5 óbitos masculinos, em média, durante todo o período estudado (Tabela 3).

Tabela 3 – Óbitos por homicídios, segundo sexo e faixa etária, por períodos. Paraná, 1979 a 2005.

MASCULINO											
Faixa etária	Períodos										
	1979 a 1985		1986 a 1991		1992 a 1996		1997 a 2000		2001 a 2005		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
0 - 9	57	0,9	52	0,9	51	0,9	48	0,9	34	0,3	242
10 - 14	36	0,5	21	0,4	39	0,7	26	0,5	43	0,4	165
15 - 19	107	1,6	89	1,5	118	2,1	95	1,7	157	1,6	566
20 - 29	2343	35,5	2215	38,6	2250	39,7	2237	40,6	4400	45,0	13445
30 - 39	1749	26,5	1524	26,5	1440	25,4	1443	26,2	2443	25,0	8599
40 - 49	1229	18,6	924	16,1	963	17,0	853	15,5	1333	13,6	5302
50 - 59	599	9,1	513	8,9	439	7,7	404	7,3	705	7,2	2660
60 - 69	236	3,6	224	3,9	198	3,5	177	3,2	263	2,7	1098
70 e +	251	3,8	182	3,2	167	2,9	230	4,2	390	4,0	168
Sub total	6390	19,8	5587	17,3	5530	17,1	5303	16,4	9435	29,3	33297
FEMININO											
Faixa etária	Períodos										
	1979 a 1985		1986 a 1991		1992 a 1996		1997 a 2000		2001 a 2005		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
0 - 9	32	3,8	43	5,5	36	4,5	41	5,7	39	3,4	191
10 - 14	36	4,3	21	2,7	39	4,9	26	3,6	43	3,8	165
15 - 19	107	12,8	89	11,4	118	14,9	95	13,1	157	13,8	566
20 - 29	235	28,1	243	31,0	226	28,5	189	26,1	352	31,0	1245
30 - 39	200	23,9	175	22,3	173	21,8	193	26,7	249	21,9	990
40 - 49	113	13,5	106	13,5	105	13,3	98	13,6	137	12,0	559
50 - 59	58	6,9	54	6,9	50	6,3	40	5,5	69	6,1	271
60 - 69	21	2,5	27	3,4	13	1,6	21	2,9	34	3,0	116
70 e +	34	4,1	25	3,2	32	4,0	20	2,8	57	5,0	168
Sub total	836	19,6	783	18,3	792	18,5	723	16,9	1137	26,6	4271
Total Geral	7443	19,8	6527	17,4	6457	17,2	6236	16,6	10905	29,0	37568

O maior número de óbitos ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos em todos os períodos, tanto no sexo masculino como no sexo feminino. Destacou-se no período de 2001 a 2005 o percentual de 70% dos óbitos no sexo masculino que ocorreram nas faixas etárias de 20 a 39 anos (Tabela 3).

Chama à atenção a diferença na distribuição dos óbitos por faixa etária por sexo no período de 1979 a 2005. No sexo masculino verificou-se a concentração dos óbitos na faixa etária de 20 a 49 anos, enquanto que no sexo feminino há concentração na faixa de 15 a 49 anos e proporções maiores em outras faixas etárias do que encontradas no sexo masculino (Tabela 3).

Em relação aos coeficientes padronizados de mortalidade por homicídios, observou-se que nos 26 anos estudados, os coeficientes apresentaram tendência de crescimento a partir da década de 90. No triênio 1990-1992 o coeficiente de mortalidade foi de 16,5 óbitos e no triênio 2003-2005 de 25,7 óbitos (por 100.000 habitantes), com um aumento de 7,5% ao ano no último triênio (Tabela 4).

Na análise dos coeficientes padronizados de mortalidade, segundo sexo, verificou-se aumento com o passar dos anos, tanto para o sexo masculino como para o feminino. No final do período estudado, triênio 2003-2005, os coeficientes de mortalidade por homicídios foram 51,9 óbitos para homens e 4,8 óbitos para as mulheres, ambos por 100.000 habitantes. Verificou-se a sobremortalidade masculina em todos os triênios (Tabela 4).

Tabela 4 – Coeficientes padronizados de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) segundo sexo e triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Sexo	Triênios					
	1979/1981	1984/1986	1990/1992	1995/1997	1999/2001	2003/2005
Masculino	26,1	28,8	29,4	30,1	33,8	47,1
Feminino	3,4	3,1	3,8	3,9	4,0	4,8
Total	15,9	16,0	16,5	16,9	18,7	25,7
Variação anual (%)						
Sexo	Períodos					
	1980 a 1985	1985 a 1991	1991 a 1996	1996 a 2000	2000 a 2004	
Masculino	2,1	0,4	0,5	3,0	9,8	
Feminino	-1,9	3,6	0,5	0,6	5,4	
Total	0,1	0,6	0,5	2,2	7,5	

Tanto para o sexo masculino, como para o sexo feminino ocorreram incrementos nos óbitos por homicídios em todos os períodos, exceto no período 1980 a 1985, em que a variação percentual anual foi negativa para as mulheres, com percentual de -1,9%. Destaca-se o período de 2000 a 2004, no qual se verificou os maiores incrementos anuais para os coeficientes de mortalidade para o sexo masculino (9,8%), quase o dobro do verificado (5,4%) para o sexo feminino (Tabela 4).

O Gráfico 2 aponta a tendência crescente da mortalidade por homicídios no Paraná, mais acentuada no período de 2000 a 2004. Esse aumento foi mais evidente para o sexo masculino, sendo que o comportamento geral da mortalidade por homicídios acompanhou o comportamento dos óbitos para os homens. No sexo feminino, os coeficientes padronizados apresentaram estabilidade ao longo do período, porém observa-se um ligeiro aumento no final do período estudado.

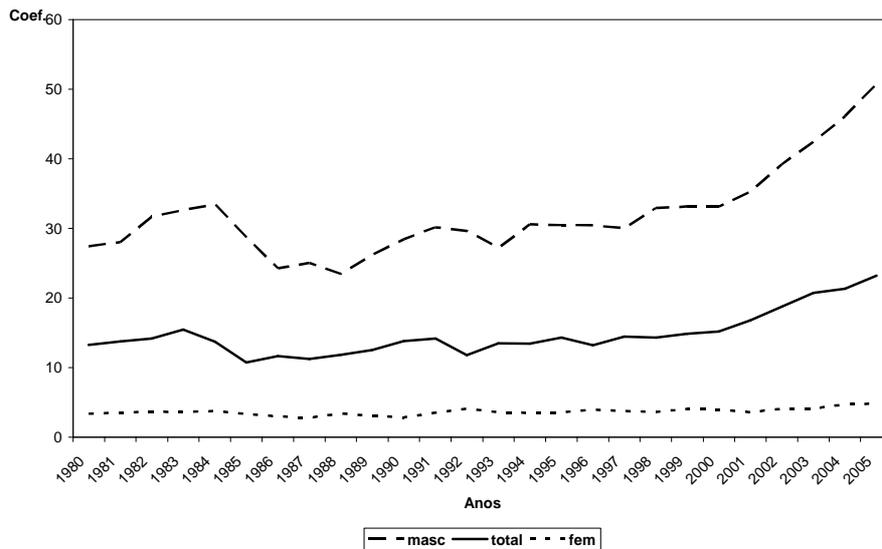


Figura 2 – Coeficientes padronizados de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo sexo. Paraná, 1980 a 2004.

Observou-se que grande parte dos óbitos por homicídios concentrou-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos, sendo que mais de 80% destes ocorreram entre 15 a 49 anos (Figura 3).

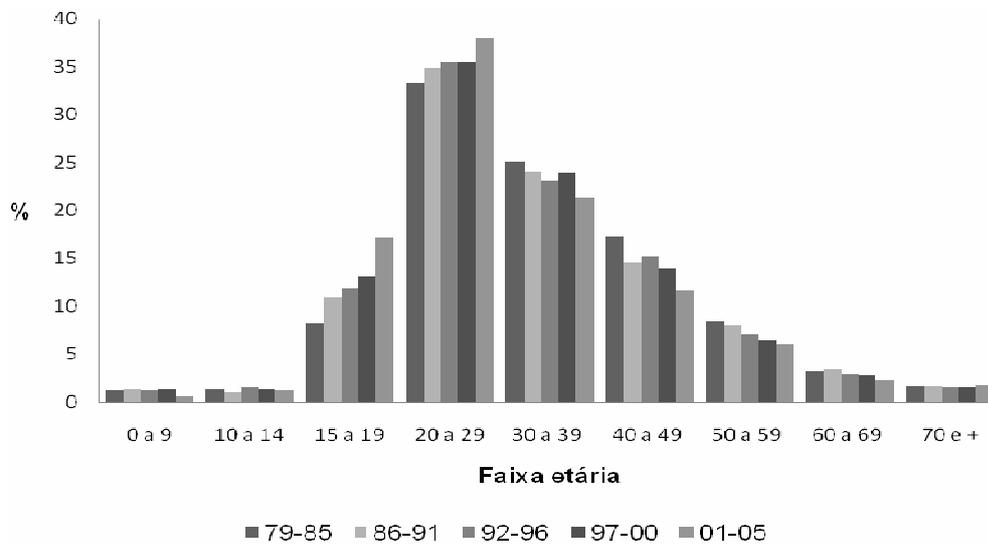


Figura 3 – Distribuição percentual de óbitos por homicídios, segundo faixa etária, por períodos. Paraná, 1979 a 2005.

Notou-se que nas faixas etárias de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos houve aumento do percentual de óbitos, ao passo que nas faixas etárias seguintes este percentual diminuiu (Figura 3).

Da mesma forma, o risco de morrer por homicídios aumentou nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos, os coeficientes no triênio 1979-1981 foram 9,7 e 25,0 (por 100.000 habitantes) respectivamente e no último triênio 2003-2005, os coeficientes passaram a 50,1 óbitos para os jovens de 15 a 19 anos e 59,8 óbitos para os de 20 a 29 anos significando uma variação percentual de 19,8% e 11,2%, respectivamente, no período 2000 a 2004 (Tabela 5).

Tabela 5 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes), segundo faixa etária e triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Idade	Triênios					
	1979/1981	1984/1986	1990/1992	1995/1997	1999/2001	2003/2005
0-9	0,7	0,8	1,1	0,9	1,1	0,8
10-14	1,4	1,5	1,7	2,8	2,2	3,5
15-19	9,7	10,2	16,7	20,0	28,0	50,1
20-29	25,0	25,9	28,4	34,9	41,2	59,8
30-39	29,7	24,1	25,8	26,2	29,6	36,3
40-49	28,3	22,2	23,9	22,3	21,8	26,5
50-59	20,8	18,3	18,2	16,8	15,2	21,6
60-69	14,2	10,6	13,0	8,7	11,4	13,2
70 e +	11,2	10,8	10,5	8,5	9,5	13,8

Idade	Variação anual (%)					
	Períodos					
	1980 a 1985	1985 a 1991	1991 a 1996	1996 a 2000	2000 a 2004	
0-9	1,8	7,6	-5,8	6,9	-7,1	
10-14	0,5	2,4	15,9	-4,7	14,5	
15-19	1,2	10,5	5,0	9,9	19,8	
20-29	0,7	1,6	5,7	4,6	11,2	
30-39	-3,8	1,2	0,4	3,2	5,7	
40-49	-4,4	1,3	-1,7	-0,5	5,4	
50-59	-2,3	-0,1	-2,0	-2,3	10,5	
60-69	-5,1	3,8	-8,3	7,7	4,0	
70 e +	-0,6	-0,6	-4,6	2,7	11,5	

Na faixa etária de 50 a 59 anos a variação dos coeficientes foi negativa em todos os períodos, à exceção do período de 2000 a 2004, que foi de 10,5%. Neste período, a variação anual foi positiva em todas as faixas etária, menos na faixa de 0 a 9 anos (Tabela 5).

Em relação à mortalidade por homicídios no sexo masculino por faixa etária, chamou a atenção o aumento relativo dos coeficientes na faixa etária de 15 a 19 anos (90,9 por 100.000 hab.) e na faixa etária de 20 a 29 anos (110,8 por 100.000 hab.) no triênio 2003-2005. Nessas faixas etárias as variações anuais, no período de 2000 a 2004, foram de 20,0 e 11,4%, respectivamente (Tabela 6).

Tabela 6 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para sexo masculino, segundo faixa etária e triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Idade	Triênios					
	1979/1981	1984/1986	1990/1992	1995/1997	1999/2001	2003/2005
0-9	0,9	0,8	1,1	0,9	1,2	0,8
10-14	1,7	2,2	2,4	3,9	3,1	5,1
15-19	15,9	17,4	29,2	34,5	50,5	90,9
20-29	46,0	47,9	51,6	63,7	76,0	110,8
30-39	53,0	43,7	47,3	48,4	53,8	67,2
40-49	50,2	39,2	42,9	40,3	40,5	49,3
50-59	36,2	32,3	32,6	30,9	27,7	40,7
60-69	25,3	19,5	23,6	16,4	20,8	24,2
70 e +	52,6	36,1	31,3	32,4	38,3	56,7
Idade	Variação anual (%)					
	Períodos					
	1980 a 1985	1985 a 1991	1991 a 1996	1996 a 2000	2000 a 2004	
0-9	1,8	7,6	-5,8	6,9	-7,1	
10-14	5,2	1,4	15,8	-5,0	16,3	
15-19	1,9	11,3	4,5	11,6	20,0	
20-29	0,8	1,3	5,9	4,8	11,4	
30-39	-3,5	1,4	0,6	2,8	6,2	
40-49	-4,4	1,6	-1,5	0,1	5,4	
50-59	-2,2	0,2	-1,3	-2,5	11,7	
60-69	-4,6	3,5	-7,6	6,8	4,0	
70 e +	-6,3	-2,2	0,9	4,5	12,0	

Ressalta-se que a grande faixa etária de 15 a 49 anos concentrou os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios no sexo masculino. Verificou-se, também o alto coeficiente na faixa etária de 70 e + com 56,7 óbitos por 100.000 habitantes com aumento de 12% ao ano no período de 2000 a 2004 (Tabela 6).

Na Figura 4, observou-se que, no sexo masculino, os coeficientes para as faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos mantiveram a tendência crescente durante todo o período estudado e apresentaram um forte crescimento nos coeficientes de mortalidade por homicídios a partir do triênio 1999-2001.

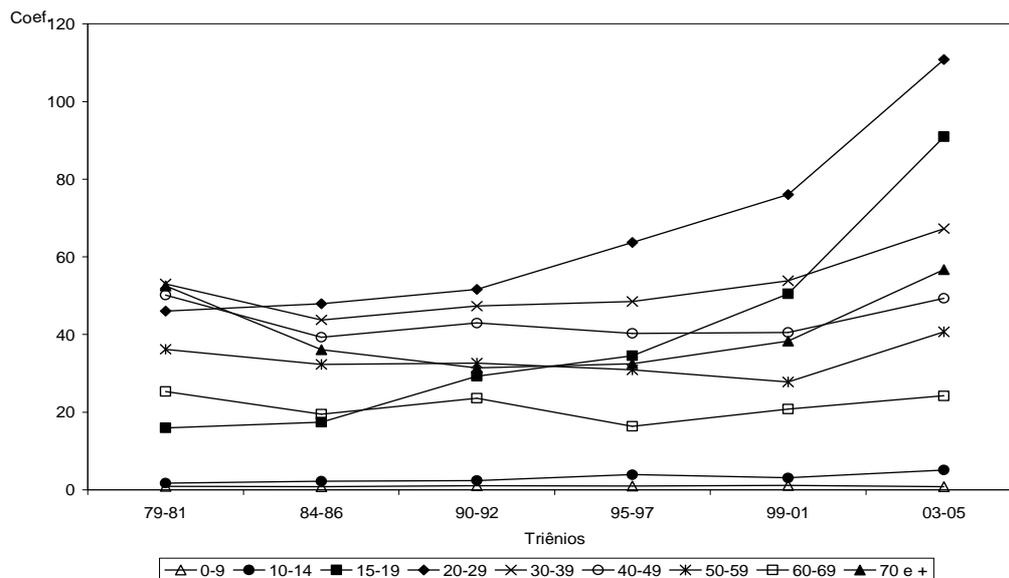


Figura 4 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para o sexo masculino, segundo faixa etária, por triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Chama a atenção os coeficientes na faixa etária de 15 a 19 anos, que estavam entre os mais baixos no início do período estudado que foram aumentando no decurso dos anos e no final do período ocupam a segunda posição (Figura 4).

A faixa etária de 70 anos e maiores de 70 anos, apresentou uma queda dos coeficientes no triênio de 1979 a 1981 e nos triênios seguintes, voltando a aumentar a partir do triênio 1995 a 1997 (Figura 4).

Para a mortalidade por homicídios no sexo feminino, observou-se que os maiores coeficientes encontraram-se na faixa etária de 20 a 29 com 8,2 óbitos por 100.000 habitantes (Tabela 7).

Entretanto, nas faixas etárias de 10 a 14 anos (10,2%) e 15 a 19 anos (13,5%) é que verificaram-se os maiores aumentos no período de 2000 a 2004. Notou-se também aumento de 11,1% entre as mulheres de 70 e mais anos nos últimos anos do período estudado (Tabela 7).

Tabela 7 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) para o sexo feminino, segundo faixa etária e triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Idade	Triênios					
	1979/1981	1984/1986	1990/1992	1995/1997	1999/2001	2003/2005
0-9	0,5	0,6	1,1	0,8	1,0	0,8
10-14	1,2	0,8	1,0	1,6	1,4	1,9
15-19	3,4	3,0	4,1	5,3	4,8	7,3
20-29	4,6	4,4	5,8	6,5	6,4	8,2
30-39	6,1	4,9	5,4	5,2	6,3	6,8
40-49	4,6	4,5	4,9	4,9	4,0	5,0
50-59	3,9	3,6	3,7	3,0	3,3	3,4
60-69	2,5	1,6	2,7	1,4	2,4	3,0
70 e +	8,9	4,2	4,4	4,0	4,1	5,9

Idade	Variação anual (%)					
	Períodos	1980 a 1985	1985 a 1991	1991 a 1996	1996 a 2000	2000 a 2004
0-9		6,8	13,2	-8,3	8,8	-5,6
10-14		-6,7	5,1	15,9	-4,0	10,2
15-19		-2,2	5,8	7,3	-2,5	13,5
20-29		-1,2	5,4	3,2	-0,3	6,7
30-39		-3,8	1,8	-1,3	5,4	2,1
40-49		-0,5	1,5	0,1	-4,7	6,4
50-59		-1,4	0,5	-4,9	2,8	0,9
60-69		-7,6	12,6	-12,3	18,7	5,7
70 e +		-10,6	0,9	-2,3	0,5	11,1

Verificou-se a tendência de crescimento dos coeficientes na faixa etária de 15 a 19 anos, ao longo do período estudado e aumento nos coeficientes de mortalidade por homicídios no sexo feminino no último triênio, 2003-2005, nas demais faixas etárias a exceção da faixa de idade de 0 a 9 anos (Figura 5).

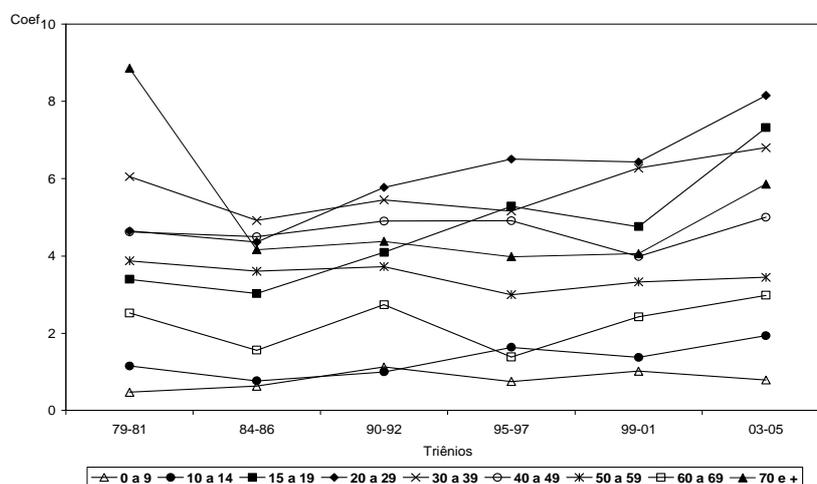


Figura 5 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) no sexo feminino, segundo faixa etária, por triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Observou-se no sexo feminino uma tendência de crescimento da mortalidade por homicídios a partir do triênio 1999-2001 semelhante ao encontrado na análise dos óbitos por homicídios no sexo masculino (Figuras 5 e 6).

4.1.3 Mortalidade por homicídios segundo tipo de agressão

Com relação ao tipo de agressão que ocasionou os óbitos por homicídios, as lesões por arma de fogo aparecem como o tipo de maior frequência em todos os períodos estudados, seguido da arma branca (Tabela 8).

Tabela 8 – Óbitos por homicídios segundo tipo de agressão, por períodos. Paraná, 1979 a 2005.

Períodos	Arma de fogo		Arma branca		Outros tipos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1979 a 1985	3.896	49,3	2.654	33,6	1.345	17,0	7.896	100,0
1986 a 1991	3.471	48,5	2.537	35,5	1.144	16,0	7.152	100,0
1992 a 1996	4.089	57,5	1.970	27,7	1.057	14,9	7.116	100,0
1997 a 2000	4.266	61,0	1.546	22,1	1.185	16,9	6.997	100,0
2001 a 2005	8.748	67,8	2.321	18,0	1.828	14,2	12.897	100,0

O aumento do uso das armas de fogo nos óbitos por homicídios ocorreu durante todo o período estudado, mas no final, no período 2000 a 2004 foi mais acentuado, com aumento de 15,3% ao ano (Tabela 8).

Na Tabela 9, observou-se o predomínio da arma de fogo na mortalidade por homicídios no sexo masculino. No período de 2001 a 2005, chegou a quase 70% do total de agressões.

Tabela 9 – Óbitos por homicídios no sexo masculino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1979 a 2005.

Períodos	Arma de fogo		Arma branca		Outros tipos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1979 a 1985	3.551	50,3	2.364	33,5	1.144	16,2	7.060	100
1986 a 1991	3.161	49,6	2.238	35,1	970	15,2	6.369	100
1992 a 1996	3.704	58,9	1.725	27,4	858	13,6	6.287	100
1997 a 2000	3.937	62,8	1.329	21,2	1.008	16,1	6.274	100
2001 a 2005	8.164	69,4	2.031	17,3	1.565	13,3	11.760	100

Novamente, observou-se que as lesões por arma de fogo são as mais freqüentes nos óbitos por homicídios no sexo masculino e estas lesões apresentaram um aumento relativo ao longo dos anos, acentuado no último período de 2000 a 2004 de 15,8% ao ano (Tabela 9).

Chama a atenção a utilização da arma branca (38,2%) nos anos 80 como o tipo de agressão mais freqüente para os homicídios no sexo feminino, chegando próximo ao uso da arma de fogo (39,6%) no período 1986 a 1991 (Tabela 10).

Tabela 10 – Óbitos por homicídios no sexo feminino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1979 a 2005.

Períodos	Arma de fogo		Arma branca		Outros tipos		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
1979 a 1985	345	41,3	290	34,7	201	24,0	836	100
1986 a 1991	310	39,6	299	38,2	174	22,2	783	100
1992 a 1996	385	46,4	245	29,6	199	24,0	829	100
1997 a 2000	329	45,5	217	30,0	177	24,5	723	100
2001 a 2005	584	51,4	290	25,5	263	23,1	1.137	100

Já no final do período estudado, as armas de fogo respondiam por 51,4% dos tipos de agressão no sexo feminino com aumento de 15,3% ao ano (Tabela 10)

No Figura 6, verificou-se que a partir da década de 90 as agressões por arma de fogo no sexo masculino apresentaram aumento na proporção do total dos tipos de agressão, sendo a agressão por arma de fogo responsável por 70% das ocorrências de homicídios nos homens, no final do período estudado. Em contrapartida, os homicídios por arma branca diminuíram, sendo 30% das lesões até 1992 e chegando ao final do período com 20% do total de óbitos.

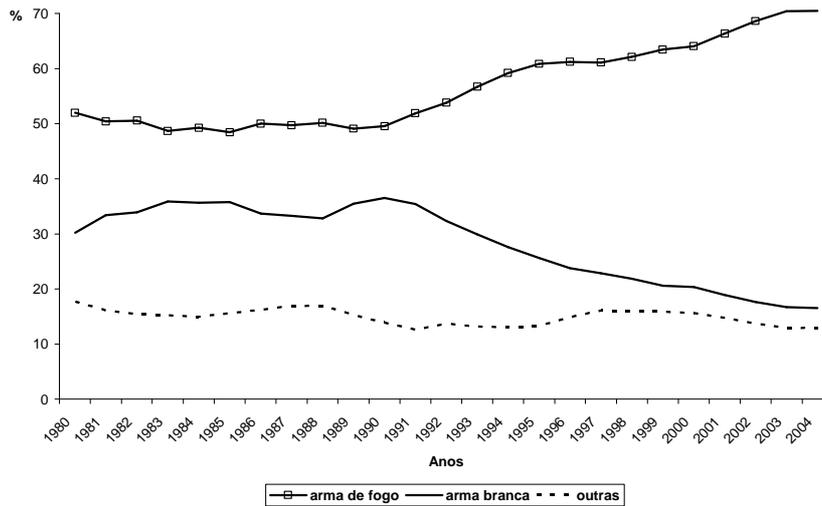


Figura 6 – Distribuição percentual de óbitos por homicídios no sexo masculino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1980 a 2004.

Chamou a atenção que por um período curto de tempo a lesão por arma branca foi o tipo de agressão mais freqüente para as mulheres nos anos de 1983 a 1988, chegando a superar os homicídios por arma de fogo (Figura 7).

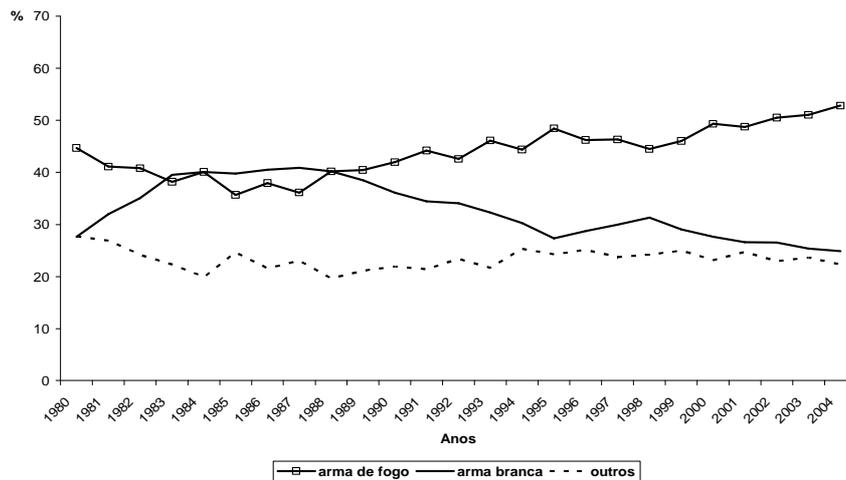


Figura 7 – Distribuição percentual de óbitos por homicídios no sexo feminino, segundo tipo de agressão. Paraná, 1979 a 2005

A partir de 1988 observou-se o aumento do percentual de óbitos por homicídios por arma de fogo no sexo feminino e diminuição dos óbitos por arma branca, verificando um comportamento dos óbitos por tipo de agressão semelhante ao encontrado no sexo masculino (Figura 7).

4.2 MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS EM HOMENS DE 15 A 49 ANOS NO PARANÁ SEGUNDO MACRO REGIONAL E REGIONAL DE SAÚDE DE RESIDÊNCIA, 1979 A 2005

O crescimento e a magnitude dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos no estado do Paraná foram diferenciados nas 22 regionais de saúde. Observou-se que as regionais de saúde Metropolitana, Londrina e Foz do Iguaçu apresentaram os maiores coeficientes, sendo verificado no final do período, triênio 2003-2005, 110,9, 98,7 e 224,0 óbitos respectivamente, e na RS Maringá o menor coeficiente 26,0, todos por 100.000 habitantes (Tabela 11).

Tabela 11 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo Regional de Saúde por triênios. Paraná, 1979 a 2005.

Regional de Saúde	Triênios					
	79-81	84-86	90-92	95-97	99-01	03-05
1ª Paranaguá	38,2	45,1	42,5	44,7	53,1	46,1
2ª Metropolitana	33,7	31,9	51,8	62,9	74,4	110,9
3ª Ponta Grossa	38,9	40,8	40,0	41,8	47,1	57,1
4ª Irati	41,7	32,1	31,2	27,3	32,9	43,1
5ª Guarapuava	87,9	81,7	78,3	82,1	79,3	83,2
6ª União da Vitória	46,4	33,3	33,7	44,6	43,7	41,3
7ª Pato Branco	95,4	74,6	74,8	58,6	52,6	81,4
8ª Francisco Beltrão	65,6	48,0	37,9	29,0	31,0	34,9
9ª Foz do Iguaçu	78,3	86,1	89,2	122,9	171,8	224,0
10ª Cascavel	61,7	52,4	52,9	49,6	64,9	79,4
11ª Campo Mourão	49,3	44,1	53,5	36,8	32,2	66,9
12ª Umuarama	23,5	26,8	28,8	32,9	39,6	67,7
13ª Cianorte	15,5	18,8	24,2	10,4	16,9	34,0
14ª Paranaíba	23,3	20,3	22,0	28,0	25,0	35,4
15ª Maringá	23,8	23,3	28,3	25,9	21,2	26,0
16ª Apucarana	32,8	24,4	30,2	28,6	30,1	43,4
17ª Londrina	36,3	25,8	28,8	32,5	49,4	98,7
18ª Cornélio Procopio	37,9	35,2	24,6	30,1	35,0	46,4
19ª Jacarezinho	20,5	22,2	17,4	28,9	32,6	30,2
20ª Toledo	38,2	24,9	36,0	41,0	44,6	63,6
21ª Telêmaco Borba	54,2	75,6	44,8	67,3	46,2	63,9
22ª Ivaiporã	33,8	28,5	49,7	27,4	30,0	46,9
Paraná	43,1	38,7	44,4	49,3	57,4	82,3

Na Tabela 11 verificou-se que no último triênio estudado, 2003-2005, que as regionais de Londrina, Metropolitana e Foz do Iguaçu apresentaram coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos elevados, acima da média do Estado que foi de 82,3 óbitos por 100.000 habitantes.

Como forma de organizar as Regionais de Saúde segundo os risco de morrer por homicídios, foi elaborada uma classificação dos coeficientes mostrado no Quadro 2. Pode ser feita uma comparação com a classificação da mortalidade por causas externas da cidade de São Paulo utilizada por Gawryszewski e Mello Jorge (2000) na qual se apresenta como mortalidade violenta fraca para homens coeficientes em torno de 44 por 100.000 habitantes, intermediários cujos coeficientes estão entre 70 a 91 por 100.000 habitantes e mortalidade violenta forte com valores entre 113 a 166 por 100.000 habitantes. O município de São Paulo encontra-se com uma mortalidade violenta forte para os homens com coeficiente de 166,4 por 100.000 habitantes.

	Coeficiente de Mortalidade por homicídios			
	<49	50 a 69	70 a 90	>91
Regionais de Saúde	Maringá	Ponta Grossa	Cascavel	Londrina
	Jacarezinho	Toledo	Pato Branco	Metropolitana
	Cianorte	Telêmaco Borba	Guarapuava	Foz do Iguaçu
	Cornélio Procópio	Campo Mourão	PARANÁ	
	União da Vitória	Umuarama		
	Ivaiporã			
	Irati			
	Apucarana			
	Francisco Beltrão			
	Paranavaí			
	Paranaguá			

Quadro 2 – Regionais de Saúde segundo coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos. Paraná, 2003-2005.

Com a média dos coeficientes dos anos de 2003 a 2005, as regionais Londrina, Metropolitana e Foz do Iguaçu apresentaram um alto risco de morte por homicídios em homens de 15 a 49 anos, apresentando coeficientes acima de 91 por 100.000 habitantes. Chama a atenção os coeficientes elevados nas regionais de Pato Branco e Guarapuava, que juntamente com Cascavel estão em uma classificação intermediária, entre média e alta. Nesta classificação intermediária, entre 70 a 90 por 100.000 habitantes, encontra-se o Paraná (Quadro 2).

A análise dos dados por meio da variação percentual anual dos coeficientes mostrou que as regionais Metropolitana, Ponta Grossa, Irati, Umuarama, Cianorte, Apucarana, Cornélio Procópio e Londrina apresentaram um comportamento crescente segundo a variação percentual anual dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos (Tabela 12).

No período de 2000 a 2004, a variação anual foi positiva em quase todas as Regionais de Saúde, à exceção das regionais de Paranaguá, União da Vitória e Jacarezinho, que apresentaram variações negativas. Neste mesmo período foram encontradas as maiores variações positivas para grande parte das regionais, como podem ser verificadas na Tabela 12.

Tabela 12 – Variação percentual anual dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde, por períodos. Paraná, 1979 a 2005.

Regional de Saúde	Períodos				
	1980-1985	1985-1991	1991-1996	1996-2000	2000-2004
1ª Paranaguá	3,6	-1,0	1,0	4,7	-3,3
2ª Metropolitana	-1,1	10,4	4,3	4,5	12,3
3ª Ponta Grossa	1,0	-0,4	0,9	3,1	5,3
4ª Irati	-4,6	-0,5	-2,5	5,1	7,8
5ª Guarapuava	-1,4	-0,7	1,0	-0,8	1,2
6ª União da Vitória	-5,7	0,2	6,5	-0,5	-1,4
7ª Pato Branco	-4,3	0,0	-4,3	-2,6	13,7
8ª Francisco Beltrão	-5,4	-3,5	-4,7	1,7	3,2
9ª Foz do Iguaçu	2,0	0,6	7,5	10,0	7,6
10ª Cascavel	-3,0	0,2	-1,2	7,7	5,6
11ª Campo Mourão	-2,1	3,6	-6,3	-3,1	26,9
12ª Umuarama	2,7	1,3	2,8	5,1	17,7
13ª Cianorte	4,2	4,9	-11,4	15,4	25,4
14ª Paranavaí	-2,6	1,4	5,4	-2,6	10,3
15ª Maringá	-0,4	3,6	-1,7	-4,5	5,6
16ª Apucarana	-5,2	4,0	-1,1	1,3	11,1
17ª Londrina	-5,8	1,9	2,6	13,0	24,9
18ª Cornélio Procópio	-1,5	-5,0	4,5	4,1	8,2
19ª Jacarezinho	1,7	-3,6	13,2	3,2	-1,8
20ª Toledo	-7,0	7,5	2,7	2,2	10,6
21ª Telêmaco Borba	7,9	-6,8	10,1	-7,9	9,6
22ª Ivaiporã	-3,1	12,5	-9,0	2,4	14,1
Paraná	-2,1	2,5	2,2	4,1	10,9

As maiores variações dos coeficientes no período de 2000 a 2004 foram encontradas nas regionais de Campo Mourão, 26,9% e Cianorte com 25,4%, enquanto que, no Paraná, a variação anual foi de 10,9% (Tabela 12).

Nas regionais Metropolitana, Foz do Iguaçu e Londrina destaca-se a distribuição distinta dos períodos de maior variação anual ao longo dos anos; na RS Metropolitana, primeiro no período de 1985-1991 (10,4%) e depois no período 2000-2004 (12,3%); na RS Foz do Iguaçu foi no período 1991-1996 (7,5%) e acentuando-se no período 1996-2000 (10,0%); finalmente, na RS Londrina o incremento deu-se no período 1996-2000 (13,0%), chegando a 24,9%, no período 2000-2004 (Tabela 12).

Pode ser observado o aumento dos coeficientes de mortalidade por homicídios na RS Metropolitana, que abrange o município de Curitiba e região metropolitana ao longo do período estudado (Figura 9).

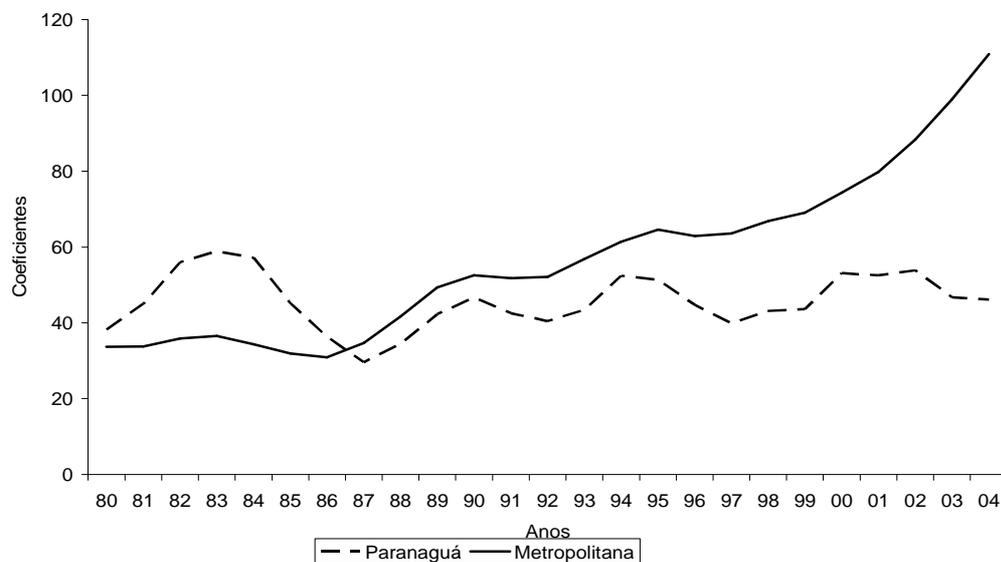


Figura 9 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde. Macro Regional de Saúde Leste, Paraná. 1980 a 2004.

Os coeficientes de mortalidade para as regionais de Ponta Grossa, Irati e União da Vitória apresentaram comportamentos semelhantes e os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos foram verificados na RS Telêmaco Borba, entre as regionais da Macro Regional Campos Gerais (Figura 10).

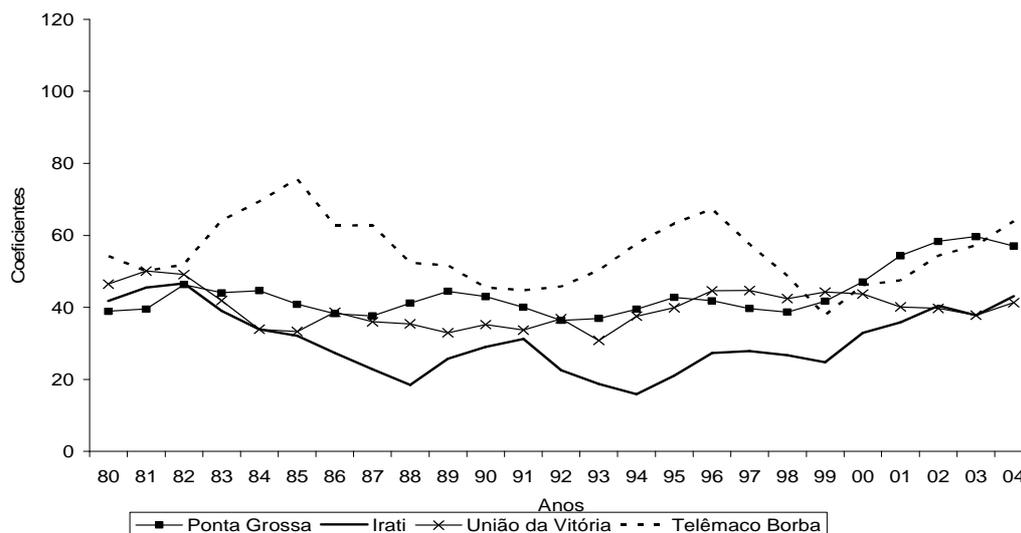


Figura 10 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo regional de saúde. Macro Regional de Saúde Campos Gerais, Paraná, 1980 a 2004.

A partir de 2000 as regionais de Ponta Grossa, Irati e Telêmaco Borba apresentaram elevação dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos (Figura 10).

Nas regionais de Guarapuava e Ivaiporã, após um período de crescimento verificou-se um decréscimo dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos nos últimos anos do período estudado (Figura 11).

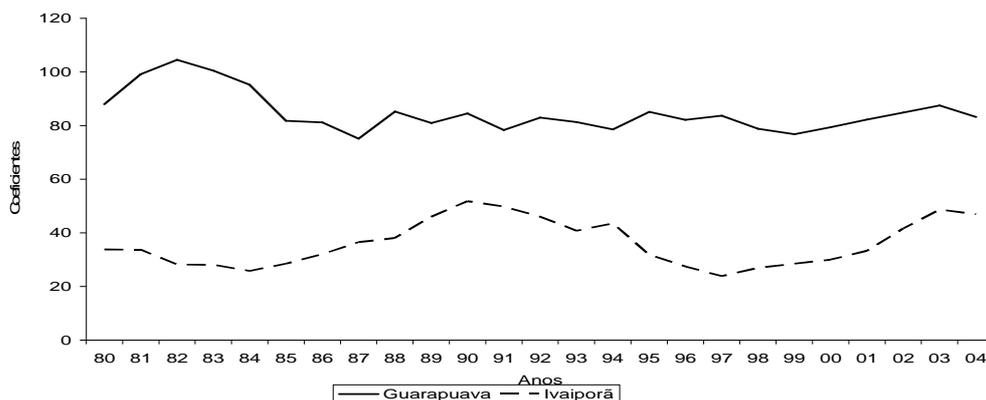


Figura 11 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde. Macro Regional de Saúde Centro, Paraná, 1980 a 2004.

A regional de Guarapuava destacou-se pelos elevados coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos, quase sempre acima de 80 óbitos por 100.000 habitantes e comportamento estável a partir de meados da década de 80 (Figura 11).

Na Macro Regional Noroeste chama a atenção o aumento que as regionais de Campo Mourão e Umuarama registraram nos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos, Campo Mourão a partir do ano de 2000 e Umuarama em 2001. A RS Campo Mourão destacou-se por apresentar os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios durante quase todo o período analisado (Figura 12).

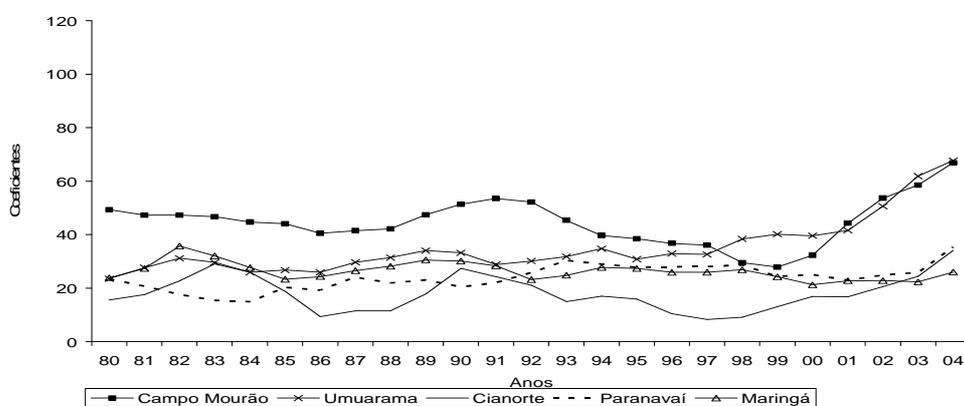


Figura 12 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde. Macro Regional de Saúde Noroeste, Paraná, 1980 a 2004.

As regionais de Cianorte e Paranavaí também registraram aumento nos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos no final do período estudado (Figura 12).

Chamou a atenção na Figura 13 o aumento acentuado dos coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos na RS Londrina a partir do final da década de 90, quando os coeficientes encontravam-se abaixo de 40 óbitos por 100.000 habitantes chegando a mais de 100 óbitos por 100.000 habitantes no final do período estudado.

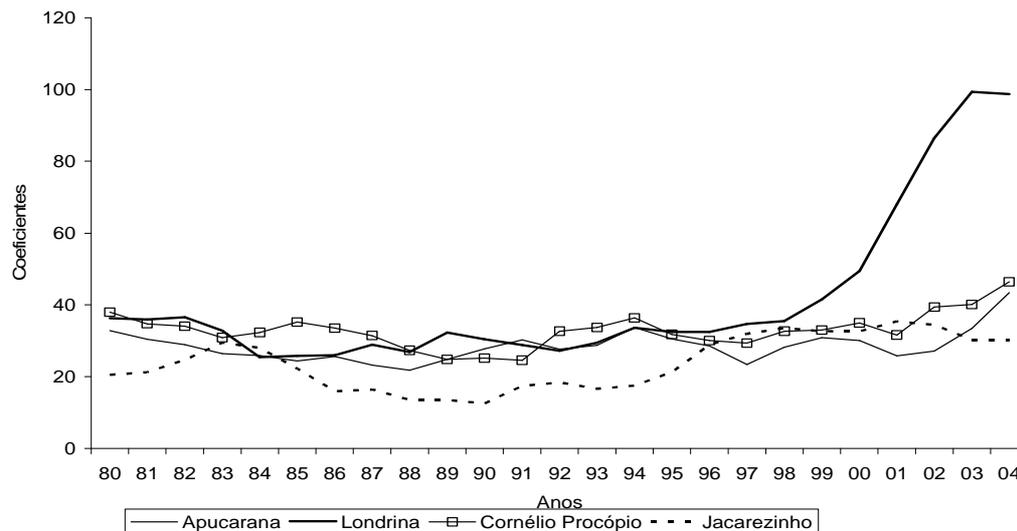


Figura 13 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde. Macro Regional de Saúde Norte, Paraná, 1980 a 2004.

As regionais de Apucarana e Cornélio Procópio, também apresentaram aumento nos coeficientes de mortalidade por homicídios a partir do ano de 2000 (Figura 13).

No Figura 14, destacou-se o crescimento e a magnitude dos coeficientes de mortalidade de homens de 15 a 49 anos de idade na RS Foz do Iguaçu, onde foi verificado que os coeficientes sempre foram elevados, acentuando-se a partir da década de 90.

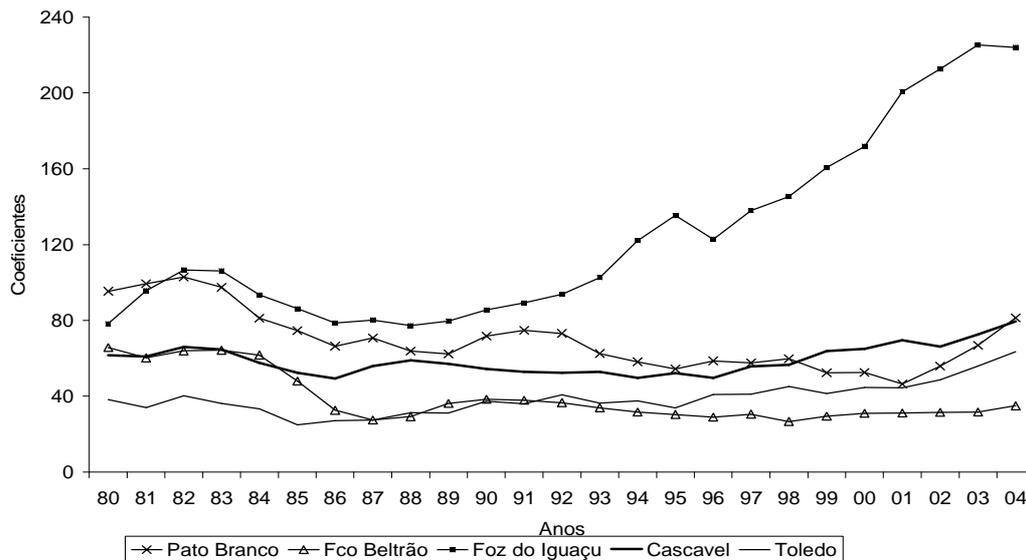


Figura 14 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde. Macro Regional de Saúde Oeste, Paraná, 1980 a 2004.

Como pode ser verificada nas Figura 9 a 14, a tendência da mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos no Estado do Paraná não foi homogênea, havendo diferenças de comportamento da mortalidade por homicídios nas 22 Regionais de Saúde ao longo dos anos. A tendência de crescimento foi observada nas regionais Metropolitana, Cianorte, Campo Mourão, Umuarama, Londrina e Foz do Iguaçu.

4.3 MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS EM HOMENS DE 15 A 49 ANOS NO PARANÁ, 2003 A 2005

4.3.1 Mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo raça/cor

A análise da mortalidade por homicídios em homens no grupo etário de 15 a 49 anos, segundo raça/cor mostrou que o predomínio dos óbitos recai sobre a raça/cor branca, sendo 79,8% do total de óbitos no Paraná – triênio 2003-2005. Nas

Regionais de Saúde, o percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos também foi mais de 60% na raça/cor branca (Tabela 13).

Tabela 13 – Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo raça/cor e Regionais de Saúde de residência, por triênio. Paraná, 2003 a 2005.

Regional de Saúde	Branca		Negra		Total	
	n	%	n	%	n	%
Paranaguá	23	70,8	9	29,2	32	100,0
Metropolitana	816	88,4	107	11,6	923	100,0
Ponta Grossa	72	86,8	11	13,2	83	100,0
Irati	17	92,6	1	7,4	18	100,0
Guarapuava	76	78,9	20	21,1	96	100,0
União da Vitória	15	86,8	2	13,2	18	100,0
Pato Branco	37	73,0	14	27,0	51	100,0
Francisco Beltrão	20	69,8	9	30,2	29	100,0
Foz do Iguaçu	165	64,8	90	35,2	255	100,0
Cascavel	90	87,7	13	12,3	103	100,0
Campo Mourão	46	79,9	12	20,1	58	100,0
Umuarama	31	71,8	12	28,2	44	100,0
Cianorte	9	80,0	2	20,0	12	100,0
Paranavaí	16	70,0	7	30,0	23	100,0
Maringá	32	66,4	16	33,6	48	100,0
Apucarana	28	74,6	10	25,4	38	100,0
Londrina	145	67,9	69	32,1	214	100,0
Cornélio Procópio	22	72,2	8	27,8	30	100,0
Jacarezinho	15	70,3	6	29,7	21	100,0
Toledo	35	66,3	18	33,8	53	100,0
Telêmaco Borba	24	89,0	3	11,0	27	100,0
Ivaiporã	14	82,7	3	17,3	17	100,0
Total	1750	79,8	443	20,2	2193	100,0

4.3.2 Análise da mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade

A análise da mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos em relação à escolaridade no Paraná demonstrou, para o triênio 2003-2005, que 78,3% dos óbitos nesse grupo etário ocorreram em homens com menos de 7 anos de escolaridade (Tabela 14).

Tabela 14 – Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária, por triênio. Paraná, 2003 a 2005.

Faixa etária	Escolaridade										Total	
	Nenhuma		1 a 3 anos		4 a 7 anos		8 a 11 anos		12 anos e mais		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
15-19	3	0,8	103	24,3	226	53,2	78	18,5	14	3,2	424	100
20-29	19	2,2	240	27,3	419	47,7	170	19,4	30	3,4	879	100
30-39	26	5,6	147	32,1	196	42,8	72	15,8	17	3,7	457	100
40-49	16	6,2	93	36,8	87	34,5	35	13,7	22	8,8	253	100
Total	64	3,2	583	29,0	928	46,1	356	17,7	83	4,1	2013	100

Em todas as faixas etárias a maioria dos óbitos ocorreu em homens com 4 a 7 anos de escolaridade. Na faixa etária de 40 a 49 anos verificou-se a maior ocorrência de óbitos em homens com escolaridade acima de 12 anos em relação a outras faixas etárias (Figura 15).

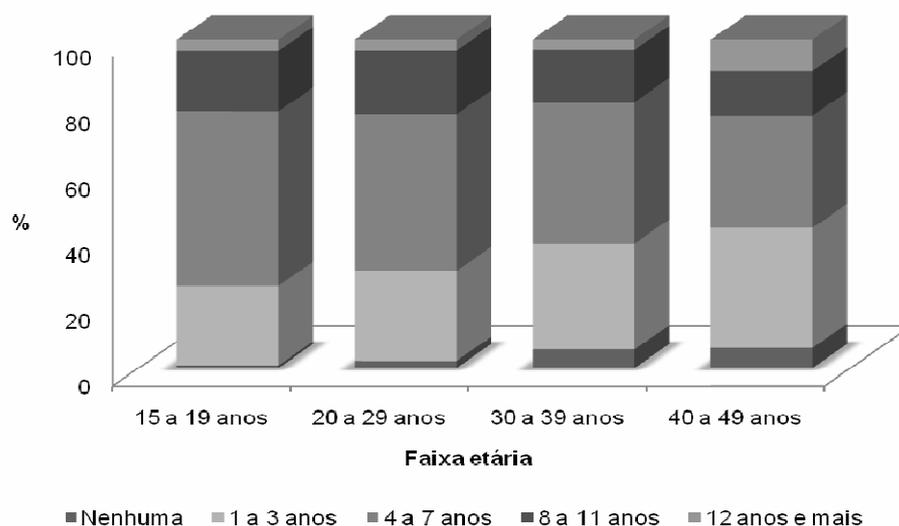


Figura 15 – Distribuição percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária. Paraná, 2003 a 2005.

Verificou-se que quanto maior o nível de escolaridade maior a proporção de óbitos por homicídios na raça/cor branca, na distribuição dos óbitos segundo raça/cor em relação à variável escolaridade. A maior proporção de óbitos na raça negra foi encontrada nos homens de 15 a 49 anos sem escolaridade (Figura 16).

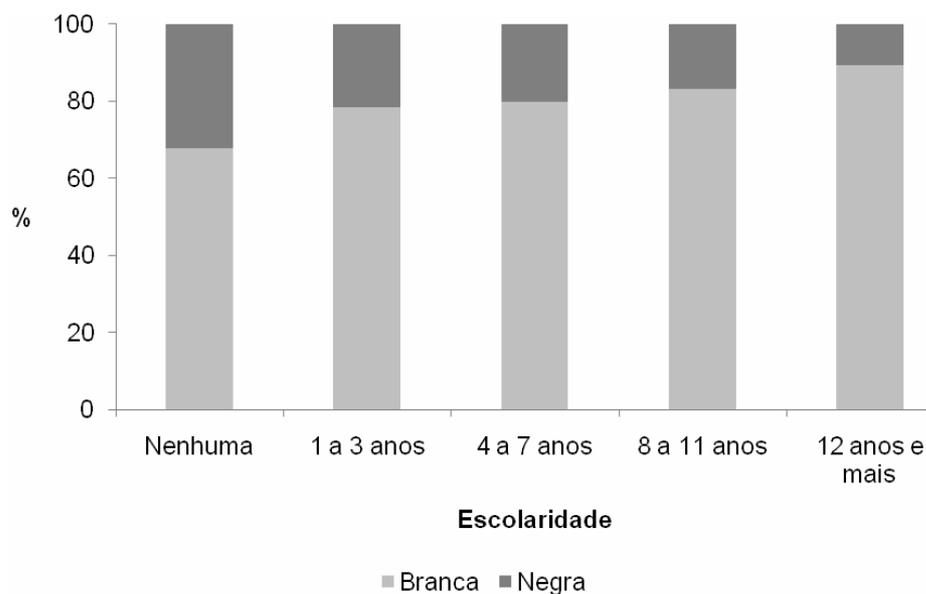


Figura 16 – Distribuição percentual de óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e raça/cor. Paraná, 2003 a 2005.

Na Tabela 15 observou-se que em relação ao coeficiente de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos que os maiores coeficientes foram encontrados naqueles com nível de escolaridade de 4 a 7 anos e, que no grupo de homens de nenhuma escolaridade e no 12 anos e mais de escolaridade, foram verificados os menores coeficientes de mortalidade por homicídios em homens no Paraná no triênio 2003-2005.

Tabela 15 – Coeficiente de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e faixa etária, por triênio. Paraná, 2003 a 2005.

Faixa Etária	Escolaridade				
	Nenhuma	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos e mais
15 a 19 anos	0,7	20,5	44,9	15,6	2,7
20 a 29 anos	2,2	27,6	48,2	19,6	3,4
30 a 39 anos	3,3	19,0	25,3	9,4	2,2
40 a 49 anos	2,7	16,2	15,1	6,0	3,9

Na Tabela 16 foram acrescentadas as informações de escolaridade ignorada para verificar a qualidade de informação sobre esta variável e chama a atenção o

percentual elevado de informação sobre a escolaridade ignorado verificada na RS Campo Mourão (80,3%), seguido pelas regionais de Cianorte (46,7%) e Toledo (41,7%).

Pode-se verificar que na RS Guarapuava foram registrados o maior número de pessoas que não tinham escolaridade (16,0%), na RS União da Vitória (55,0%) pessoas com menos de 3 anos de escolaridade e na RS Foz do Iguaçu onde foram registrados homens de 15 a 49 anos com 12 anos ou mais de escolaridade (10,4%) que foram a óbito por homicídios no triênio 2003-2005.

Pode-se verificar a baixa escolaridade das vítimas masculinas de 15 a 49 anos no Paraná com 41,9% com menos de 8 anos de estudo (Tabela 16).

Tabela 16 – Óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, segundo escolaridade e Regional de Saúde de residência. Paraná, 2003 a 2005.

Regional de Saúde	Nenhum		1 a 3		4 a 7		8 a 11		12 e +		Ignorado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Paraná	61	2,5	538	22,3	1012	17,1	411	17,1	76	3,2	311	12,9	2409	100
Paranaguá	-	-	10	32,3	10	19,4	6	19,4	-	-	5	16,1	31	100
Metropolitana	14	1,3	231	21,5	501	20,1	216	20,1	28	2,6	86	8,0	1076	100
Ponta Grossa	3	3,9	9	11,7	19	20,8	16	20,8	2	2,6	28	36,4	77	100
Irati	-	-	6	30,0	10	15,0	3	15,0	-	-	1	5,0	20	100
Guarapuava	15	16,0	16	17,0	47	8,5	8	8,5	3	3,2	5	5,3	94	100
União da Vitória	-	-	11	55,0	7	5,0	1	5,0	-	-	1	5,0	20	100
Pato Branco	2	3,8	16	30,8	22	13,5	7	13,5	-	-	5	9,6	52	100
Franc. Beltrão	-	-	11	37,9	13	17,2	5	17,2	-	-	0	0,0	29	100
Foz do Iguaçu	6	2,2	63	23,5	91	22,8	61	22,8	28	10,4	19	7,1	268	100
Cascavel	3	2,5	46	38,7	57	9,2	11	9,2	-	-	2	1,7	119	100
Campo Mourão	-	-	5	7,0	4	7,0	5	7,0	-	-	57	80,3	71	100
Umuarama	1	2,6	11	28,9	12	2,6	1	2,6	-	-	13	34,2	38	100
Cianorte	-	-	1	6,7	5	13,3	2	13,3	-	-	7	46,7	15	100
Paranavaí	-	-	9	28,1	15	15,6	5	15,6	-	-	3	9,4	32	100
Maringá	3	4,3	26	37,7	20	8,7	6	8,7	4	5,8	10	14,5	69	100
Apucarana	2	4,3	16	34,8	21	4,3	2	4,3	1	2,2	4	8,7	46	100
Londrina	5	2,6	14	7,3	102	21,5	41	21,5	7	3,7	22	11,5	191	100
Cornélio Procópio	1	3,2	9	29,0	13	12,9	4	12,9	1	3,2	3	9,7	31	100
Jacarezinho	1	3,7	9	33,3	9	11,1	3	11,1	-	-	5	18,5	27	100
Toledo	2	3,3	8	13,3	18	8,3	5	8,3	2	3,3	25	41,7	60	100
Telêmaco Borba	1	3,4	8	27,6	9	3,4	1	3,4	-	-	10	34,5	29	100
Ivaiporã	2	14,3	3	21,4	7	14,3	2	14,3	-	-	-	-	14	100

5 DISCUSSÃO

A magnitude e a evolução crescente da mortalidade por homicídios no Paraná evidenciam essa causa de morte como um dos principais problemas de saúde e representam, em última instância, um indicador das condições de vida, das estruturas sociais e das garantias de cidadania de uma população.

Na área da saúde, a violência vem sendo abordada como um fenômeno social com diversos determinantes, intimamente relacionadas a problemas sociais como a desigualdade social e a pobreza, juntamente com aspectos decorrentes da urbanização e crescimentos populacionais exacerbados.

No Brasil, assim como em outros países sul-americanos, houve na década de 80 um processo de estagnação econômica com uma inflação acelerada, levando um quadro de concentração de renda, aprofundamento das contradições sociais e aumento da pobreza e da miséria. Simultaneamente ao agravamento da situação socioeconômica, o desempenho precário das funções de segurança pública e do sistema judiciário, a corrupção nas instituições estatais e no poder legislativo, associados à sensação de impunidade e injustiças, pode ter contribuído para o quadro de crescimento acelerado nas últimas décadas da violência urbana, verificado nos elevados coeficientes de mortalidade por homicídios no país (BARATA; RIBEIRO, 2000).

A análise da mortalidade por homicídios no período de 1979 a 2005 revelou o aumento dos óbitos na década de 90, intensificada a partir de 2000, colocando o Estado do Paraná em uma situação preocupante e de alerta. Os coeficientes encontrados em 2005 modificaram o quadro das causas externas. Os acidentes de transportes com coeficiente de mortalidade de 29,7 óbitos por 100.000 habitantes predominavam como principal causa, dividem esta posição com os homicídios com 29,0 por 100.000 habitantes.

No Brasil de 1980 a 2002 os coeficientes de mortalidade por homicídios mais que dobraram, passando de 11,4 óbitos a 28,4 por 100.000 habitantes (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2004). Nesse mesmo período os coeficientes no Paraná passaram de 10,9 por 100.000 habitantes a 23,1 por 100.000 habitantes (Tabela 1).

Os países mais desenvolvidos, como os da Europa Ocidental, Canadá e Japão, de maneira geral, apresentam mortalidade por causas externas composta principalmente pelos componentes não-intencionais como acidentes de trânsito e quedas. Mesmo entre os componentes intencionais, são os suicídios que lideram tais causas nestes países (GAWRYSZEWSKI; MELLO JORGE, 2000).

Em outros estados brasileiros houve, igualmente, o crescimento da mortalidade por homicídios, principalmente em homens jovens (LIMA et al., 2002; CRUZ, 2004; WAISELFISZ, 2007). Fenômeno diferente do que foi observado para o estado de São Paulo, que apresentou tendência decrescente nos coeficientes de mortalidade por homicídios, verificada a partir de 1999 com 43,9 óbitos por 100.000 habitantes para 22,5 em 2005, redução de 48,7%. A implantação da “Lei Seca” em 11 municípios da região metropolitana do município de São Paulo e o Estatuto do Desarmamento, além da maior inclusão educacional dos jovens pode ter contribuído com a redução desses coeficientes. (GAWRYSZEWSKI et al., 2005; GAWRYSZEWSKI et al., 2006).

Neste presente estudo, a proporção de 2,4% de óbitos por eventos de intenção indeterminada em relação ao conjunto de óbitos por causas externas indica a boa qualidade do preenchimento da causa de óbito por acidentes e violências na DO no Paraná. Para ilustrar a evolução da qualidade verificou-se que em 1979 o percentual de óbitos por eventos de intenção indeterminada no estado era de 22,3%, já em 1999 foi de 5,6%, ao passo que para a Região Sul e Brasil era de 6,1% e 9,2%, respectivamente (MELLO JORGE et al., 2001). Em 2005 o Paraná apresentou um percentual de 2,4% e no estado de São Paulo destaca-se o elevado percentual de 17% de óbitos por eventos de intenção indeterminada (GAWRYSZEWSKI et al., 2006). Essa redução dos óbitos por causas externas por eventos de intenção indeterminada indica a melhoria da qualidade das informações sobre mortalidade por causas externas ao longo dos anos.

Os resultados apresentados revelam que o crescimento da mortalidade por homicídios no Paraná foi mais acentuado no sexo masculino, sendo que estes óbitos contribuíram para a elevação da mortalidade geral por homicídios nos últimos anos. Para o triênio 2003-2005, um homem de 20 a 29 anos tem uma chance de 110,8 por 100.000 habitantes de morrer vítima de homicídio, contra 8,2 para uma mulher com as mesmas características. É interessante salientar a predominância da mortalidade masculina por homicídios, observada neste estudo, em todo o período (Figura 4). A

sobremortalidade masculina encontrada no Paraná segue um padrão nacional em torno de 10:1(SOUZA, 2005; BRASIL, 2006) e internacional (KRUG et al., 2002; SPINELLI et al., 2005).

Os maiores riscos são observados nos grupos de homens jovens e adolescentes. Nesse sentido, apresenta-se a questão de que a maioria dos óbitos por homicídios está diretamente ligada a um dos grandes símbolos de masculinidade – as armas - que sempre exerceram forte atração sobre os homens jovens. Segundo Souza (2005), as armas têm o poder de submeter às pessoas aos seus desejos e interesses, com poder de vida ou morte. Normalmente as armas são apresentadas aos homens já na infância, na forma de brinquedo e juntamente com os desenhos animados de conteúdo violento, veiculados na televisão, passando a fazer parte do universo masculino.

Outra questão a ser assinalada e que também guarda um forte componente com a situação de gênero, se refere acerca do local de ocorrência desses homicídios. A literatura tem demonstrado que são nos espaços públicos – ruas, bares, bailes e outros locais públicos – que ocorrem os homicídios nos homens e é no espaço privado do lar em que ocorre a maioria dos homicídios nas mulheres (SOUZA, 2005). Esse fato pode ser verificado pelo tipo lesão mais freqüente nas mulheres, ocasionado por arma branca.

Essa situação dos homicídios nas mulheres muitas vezes está relacionada com a violência do homem contra a mulher, com a qual convive em regime conjugal e que ocorre em todos os níveis sócio-econômicos, sobretudo naqueles de baixa renda, associados ao alcoolismo e ao temperamento violento de alguns indivíduos. A prevenção dessa situação de violência contra a mulher deve visar em linhas gerais o combate às causas dos conflitos, para evitar agressões futuras e favorecer a qualidade de vida dos indivíduos e da população, como forma de promover uma melhora substancial das relações familiares e sociais (CABRAL, 1999).

Em relação ao crescimento dos coeficientes de mortalidade por homicídios por idade verificou-se que este aumento se deu principalmente para os homens e para os mais jovens. Nota-se a transição da concentração dos óbitos da faixa de 30 a 49 anos para as faixas etárias mais jovens, principalmente de 15 a 19 anos (Figuras 3 e 4).

No sexo masculino destaca-se a faixa etária ampliada de 15 a 29 anos, onde as variações foram positivas em todos os períodos, sendo a faixa de 15 a 19 anos a

que apresentou a maior variação anual de 20,0%, seguida da faixa de 10 a 14 anos, com 16,3%, no período de 2000 a 2004 (Tabela 6). Para o sexo feminino, também foi observada a maior variação na faixa etária de 15 a 19 anos com 13,5%, no último período. O que chamou a atenção foi o aumento dos coeficientes no sexo feminino no período de 1985 a 1991 em todas as faixas etárias, caracterizando-se como um período de intensificação da violência na mulher. Outra situação observada em relação às mulheres ocorreu na faixa etária de 60 a 69 anos, em que se verificaram altas variações anuais de 12,6% no período 1985-1991 e 18,7% no período 1996-2000.

Esse aumento dos homicídios nas mulheres de 60 a 69 anos pode ser decorrente do alto grau de vulnerabilidade que estas mulheres apresentam, pois muitas vezes são viúvas ou podem morar sozinhas, além da violência doméstica contra o idoso.

Este incremento dos óbitos por homicídios nas faixas etárias mais jovens é verificado em outros estados como São Paulo, Pernambuco e Rio de Janeiro (BARATA; RIBEIRO, 2000; LIMA, 2003; CRUZ, 2004). Este fato, pela sua gravidade merece reflexão de todos os segmentos da sociedade sobre a violência e seus determinantes.

Diversos autores (SOUZA, 1994; CHENAIS, 1999; BARROS et al, 2001; MINAYO, 2006b) apontam que a violência pode estar relacionada com o aumento dos coeficientes de mortalidade por homicídios nas grandes regiões metropolitanas. Estudos referem que entre os determinantes do acirramento da violência estão as desigualdades sociais, o aumento da pobreza e da miséria urbana, sobretudo da população em idade produtiva e de uma população infantil e juvenil induzida ao trabalho, muitas vezes em condições infra humanas, em busca da sobrevivência em todas as regiões metropolitanas e para agravar mais a situação, a inoperância das instituições responsáveis pela assistência e recuperação de menores.

Em relação ao tipo de agressão, as ocasionadas por arma de fogo permanecem como tipo mais freqüente na mortalidade por homicídios no período de 1979 a 2005. Este achado coincide com estudos nacionais e internacionais onde destacam a relação dos homicídios com o porte e uso de arma de fogo associado ao uso de drogas (SOUZA et al., 2006).

No Brasil, o Estatuto do Desarmamento foi aprovado em dezembro de 2003 com a perspectiva de que as políticas de desarmamento e controle das armas de

fogo, as campanhas de recolhimento de armas e o envolvimento dos municípios em ações de segurança pública contribuísssem para a queda no número de mortes por armas de fogo no país em geral (BRASIL, 2003). Pode-se verificar que o coeficiente de mortalidade por homicídios no Brasil passou de 28,9 a 24,0 óbitos por 100.000 habitantes de 2003 a 2006, respectivamente, podendo indicar o efeito positivo das políticas de desarmamento na redução da mortalidade por homicídios, considerando que grande parte dos homicídios é causada por arma de fogo (BRASIL, 2007). Entretanto, esta queda não foi observada neste presente estudo, no qual, inclusive, observou-se aumento no número de óbitos por homicídios ocasionados por arma de fogo entre os anos 2004 a 2005 (Tabela 8).

Em relação à campanha do desarmamento, observou-se que o volume de recolhimento de armas no estado do Paraná considerou-se médio, ou seja, não apresentou um alto recolhimento de armas como ocorrido em outros estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Pernambuco (BRASIL, 2007). Haveria a necessidade de realizar novos estudos para avaliar o impacto das medidas de desarmamento previstas no Estatuto, pois as medidas de maior repercussão, como a campanha de entrega voluntária de armas em 2004, e o referendo popular em 2005, quando colocou em votação o artigo da lei que determinava que a proibição do comércio de armas e munições para civis seria decidida pela população brasileira, ocorreram no final do período deste estudo.

O que chama atenção é a análise do tipo de lesão segundo o sexo. Ao longo do período, no sexo feminino, a diferença proporcional entre as lesões por arma de fogo e arma branca foi de 14,2% enquanto que no sexo masculino a diferença foi de 34%. As lesões por estrangulamento nas mulheres foram responsáveis por 15,1% do total dos homicídios e nos homens apenas 0,9%.

A distribuição da mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos segundo Regional de Saúde no Estado do Paraná aponta algumas diferenças. Se o Estado apresentou em 2005 um coeficiente preocupante de 82,3 por 100.000 habitantes, o mesmo não pode ser aplicado para todas as regionais do estado. A RS Maringá apresentou coeficiente de 26 óbitos por 100.000 habitantes enquanto a Regional de Foz de Iguaçu aparece com 224 por 100.000 habitantes, representando uma diferença impressionante no triênio 2000-2005. Cabe ressaltar que desses dados não se pode inferir que tais regiões correspondem a zonas mais ou menos violentas do Estado, visto que os óbitos referem ao local de residência e não ao local

de ocorrência. São regionais onde seus residentes estão mais expostos a maiores ou menores situações de risco para as mortes por homicídios.

Os coeficientes de mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos alcançados no último ano do estudo, de 81,5 por 100.000 habitantes em 2005, no Paraná são preocupantes, mas os números encontrados na RS Foz do Iguaçu são alarmantes. No Mapa da Violência dos Municípios Brasileiros (WAISELFISZ, 2007) o município de Foz do Iguaçu aparece com o maior coeficiente de mortalidade por homicídios do país em jovens de 15 a 24 anos, com os valores referidos de 223,3 óbitos por 100.000 habitantes, no triênio 2002/2004.

É importante salientar que o município de Foz do Iguaçu é área de tríplice fronteira: Paraguai, Argentina e Brasil, com forte apelo turístico devido às Cataratas do Iguaçu, hidroelétrica de Itaipu e o Parque Nacional de Iguaçu, recebendo pessoas de inúmeros locais. O município apresentou um crescimento populacional de 136.352 habitantes em 1980 para 301.408 em 2005 (DATASUS, 2007b). De acordo com a Secretaria de Segurança Pública do Paraná, os homicídios estão relacionados a atividades ligadas ao tráfico de drogas e de armas, delitos freqüentes em fronteiras (GAZETA DO POVO, 2007).

Com a disseminação do uso da cocaína, na década de 80, o Brasil inseriu-se na rota do tráfico de drogas na condição de país-trânsito entre os países produtores e os países eminentemente consumidores. Alguns fatores podem ter contribuído para essa situação: o fato de estar limítrofe com os principais países produtores da droga, a existência de infra-estrutura de transportes e de comunicações e o contato estreito com países da Europa e América do Norte (LIMA, 2003). Neste contexto surgem dois novos fatores para a expansão da violência: o crime organizado, relacionado ao tráfico de drogas e o comércio ilegal de armas, atividades ilícitas exercidas freqüentemente em área de fronteira.

A tendência observada nos coeficientes, principalmente nas grandes metrópoles do estado, como Curitiba e Londrina, refletem o processo de deterioração das relações sociais na grande cidade (BARATA et al., 1999). Nas principais cidades do País a questão migratória contribuiu para o agravamento da situação social dos municípios, sendo uma das explicações para o aumento da violência nos centros urbanos (SOUZA; LIMA, 2006).

Chama a atenção o crescimento da mortalidade de homicídios em homens de 15 a 49 anos nas Regionais de Saúde do interior do Estado com menor densidade

populacional, como Campo Mourão, que apresentou a maior variação percentual anual nos últimos anos e as regionais de Cascavel, Guarapuava e Pato Branco que apresentaram coeficientes de mortalidade acima da média, sugerindo o processo de interiorização dos homicídios no estado pelo menos para algumas regiões específicas.

Esta dinâmica de interiorização da violência pode ocorrer em parte da rota ilegal das drogas onde muitas cidades do interior participam na escala produtiva e outras servindo como caminho para o transporte das drogas (SOUZA; LIMA, 2006)

Frente a isto, considerar os diferentes espaços do estado do Paraná pode constituir estratégia para o entendimento da ocorrência de homicídios entre diferentes grupos sociais. O estudo ecológico orientado pela concepção e espaço socialmente organizado torna evidente o efeito de processos não perceptíveis no âmbito dos indivíduos (LIMA, 2003).

Em relação à variável raça/cor, 77% dos óbitos por homicídios em homens de 15 a 49 anos, em 2005, ocorreram em brancos. Na Região Sul, a proporção da população negra difere nos três estados: a população de pessoas negras no Paraná, em 2000, correspondia a 26,1% do total; no Rio Grande do Sul a 12,6% e em Santa Catarina a 9,7% (IBGE, 2000). Entretanto, apesar de a população negra ser proporcionalmente maior no Paraná, o coeficiente de mortalidade por homicídios em homens negros de 15 a 49 anos foi menor em 2005.

Soares Filho et al. (2007) verificou no Paraná em 2003, coeficientes de mortalidade por homicídios para brancos de 26,46 óbitos por 100.000 habitantes e para negros de 19,02 por 100.000 habitantes. Sobre este achado os autores comentam que ser da raça negra, no Paraná, foi um fator de proteção para risco de óbito por homicídios. Esse maior risco de óbito por homicídios na população branca difere do perfil encontrado em outros locais (KILSZTAJN et al., 2005; BRASIL, 2005c) do país, onde o maior risco de mortalidade por homicídios está entre os jovens negros, inclusive na Região Sul, à exceção do Paraná.

A escolaridade é considerada um dos indicadores indiretos do nível socioeconômico da população, conforme já assinalado por diversos estudos (LIMA et al., 2005; AIDAR; SOARES, 2006). Para o triênio 2003-2005 78,3% dos óbitos em homens de 15 a 49 anos ocorreram em homens com menos de 7 anos de escolaridade.

Soares (2007) pondera que a escola poderia fornecer um escudo educacional nas situações de risco, inclusive de morrer por homicídios, e protegeria principalmente quem o detém, mas também outros que possam vir a entrar em situações de conflito com o detentor do escudo.

Ainda em relação à variável escolaridade, constatou-se a baixa qualidade dessas informações em várias Regionais de Saúde, dentre as quais se destaca a regional de Campo Mourão com 80,3% de escolaridade ignorada, seguida pelas RS Cianorte com 46,7% e RS Toledo 41,7%. Por conseguinte, ressalta-se a importância de melhorar o preenchimento desses campos na declaração de óbito.

Diante do quadro de violência crescente no país algumas formas de intervenção têm sido apontadas. O Ministério da Saúde incluiu a discussão sobre violência na agenda de saúde e recomenda adoção de políticas públicas no sentido de reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no país. Essas políticas englobam ações voltadas para a assistência e reabilitação das vítimas, para a vigilância, a prevenção e a promoção da saúde e da cultura de paz (MALTA et al., 2007).

São exemplos dessa iniciativa no contexto do Sistema Único de Saúde:

a) Política Nacional para a Redução de Acidentes e Violências no país, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas, de modo a contribuir para a qualidade de vida da população. Para o alcance deste propósito, no documento são estabelecidas as seguintes diretrizes para a orientação na definição dos instrumentos operacionais: promoção da adoção do comportamento e de ambientes saudáveis; monitorização da ocorrência de acidentes e violência; sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências; estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação; capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2005a).

b) Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que implantou, a partir de 2004, Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde em municípios e estados.

c) Política Nacional de Atenção às Urgências, implantado em 2004, que orienta a assistência do plano de enfrentamento das causas externas e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU).

d) Agenda Nacional de Vigilância, Prevenção e Controle dos Acidentes e Violências 2005/2007, que define prioridades e metas de prevenção das violências e acidentes a serem seguidas pelos três níveis de gestão.

e) Política Nacional de Promoção da Saúde que, desde 2006, estimula ações efetivas para a prevenção de violências e acidentes na perspectiva do desenvolvimento sustentável, da mobilidade urbana e acessibilidade humana, na promoção de ambientes e entornos seguros e saudáveis, como também comportamentos e hábitos saudáveis por parte da população.

f) Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA em Serviços Sentinelas, que implantou a notificação da violência doméstica, sexual e outras violências interpessoais e auto-provocadas, assim como a vigilância de acidentes e violências em serviços de pronto atendimento hospitalar.

g) Projeto de Redução de Morbimortalidade por Acidente de Transporte, que financiou projetos em 16 capitais de estado em 2003 e 2006.

h) Projeto GEOTRANS implantando em Belo Horizonte como piloto, visa o georeferenciamento dos acidentes de trânsito, o que propicia uma visualização mais apurada dos eventos, qualificando mais as informações, permitindo a programação mais efetiva das ações de prevenção e do planejamento urbano.

g) Rede de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica, implementada em 2003, tem como objetivo organizar redes integradas e intersetoriais de atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Torna-se imperioso disseminar a informação e promover a sensibilidade dos gestores, trabalhadores de saúde e a população em geral sobre a importância das violências, e a necessidade de desenvolver ações integradas de prevenção e controle dos riscos com atuação intersetorial e de forma articulada com todos os segmentos da sociedade civil e governamental. Importante, também, é que serviços de saúde locais e regionais sejam capazes de identificar quais as ações que devem ser priorizadas no sentido de aumentar a capacidade resolutiva das intervenções de saúde para a redução da mortalidade.

São vários os desafios para inserir o tema da violência na agenda de saúde dos gestores do SUS. O primeiro desafio consiste em estabelecer a prática da promoção da saúde, voltada para a prevenção de acidentes e violências, cultura de paz e não violência, inseridas no cotidiano das ações de saúde. Neste sentido

observou-se um avanço com o estabelecimento dos termos de compromissos do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida por parte dos gestores municipais do Paraná, onde assumiram o compromisso de desenvolverem ações de promoção da saúde em âmbito local.

No caso de homicídios em jovens, as ações devem ser prioritariamente em manter o jovem na escola. Isso já está bem demonstrado em estudos que apontam forte associação entre escolaridade e morrer por homicídios. Para esses estudos é necessário que a qualidade dos registros seja cada vez melhor para possibilitar tais análises (SOARES, 2007).

Outro desafio é a adoção de planos municipais de prevenção de doenças e agravos não-transmissíveis (DANT), ampliando a capacidade de vigilância e prevenção das violências, tal qual a vigilância de doenças transmissíveis. Com isto haveria bancos de dados sobre violência, principalmente da morbidade ambulatorial e hospitalar, aumentando a capacidade de análise dos dados existentes.

Por fim, a organização da assistência à saúde que apresenta inúmeros desafios como a incorporação efetiva do tema de prevenção da violência e construção da cultura da paz na atenção básica, fortalecimento das respostas assistenciais às vítimas e familiares, em todos os aspectos, atendimento às urgências e articulações de parcerias para as ações intersetoriais. Minayo (2006b) comenta que o setor saúde apresenta tradicionalmente foco na prevenção e no cuidado diferente da prática do setor de segurança pública que atua na repressão de crimes e contravenções. Enfim, que esta tradição de cuidado e prevenção do setor saúde, principalmente o segmento da saúde pública, pode fazer diferença no enfrentamento da violência como uma epidemia.

Ao introduzir as práticas da atenção primária no manejo da violência na sua dimensão coletiva, a saúde pública pode contribuir para o controle, valendo-se da vigilância de eventos, análises epidemiológicas e avaliação das intervenções, que tradicionalmente realiza, por exemplo, com o controle das doenças preveníveis por vacinação (ROSENBERG et al., 1992).

Nas discussões sobre atuação dos profissionais e na formulação das ações de saúde frente à violência, ressalta-se que as ações de caráter preventivo apresentam maior impacto para reduzir e evitar a morbimortalidade por causas externas, destacando-se o importante papel da prevenção primária e a promoção de saúde (DAHLBERG; KRUG, 2006; BRASIL, 2005a).

Sabe-se que a saúde pública, por si só, não é capaz de abranger a pluralidade dos fatores implicados no problema da violência. Há estudos e ações que enfatizam a infra-estrutura pré-hospitalar e hospitalar de atendimento ao trauma, buscando melhorar o acesso e a quantidade de atendimento no paciente lesionado, com atuação restrita a minimizar as conseqüências das lesões já sofridas (SOARES, 2003; BRASIL, 1993).

Acredita-se que a análise apresentada oferece uma série de elementos, como sexo, idade, tipo de agressão e local de residência que poderão constituir a base para a tomada de decisão nos diferentes níveis de atuação da assistência à saúde, fomentando a implantação de programas de prevenção da violência, bem como para estudos posteriores.

Faz-se necessário um aprofundamento do conhecimento de fatores ou aspectos relacionados a desigualdades sociais e sua interface com os homicídios, para focalizar os investimentos nas estratégias de prevenção de homicídios, principalmente entre os jovens, como forma de garantir a redução da mortalidade por homicídios no estado do Paraná.

Ressalta-se que a vulnerabilidade dos jovens às situações de risco de morte por homicídios podem ser reduzidas com ações desenvolvidas por diversos setores governamentais, principalmente a Educação, pelo papel socializador da escola (SOARES, 2007).

E, para finalizar, cabe a reflexão de Starfield (2002), que comenta que a saúde está diretamente associada à vantagem social em termos absolutos. Quanto mais recursos sociais dos indivíduos e comunidades, maiores a probabilidade de uma saúde melhor.

6 CONCLUSÕES

Com base no presente estudo dos 42.039 óbitos por homicídios ocorridos em residentes no estado do Paraná nos anos de 1979 a 2005, registrados no SIM/MS, as conclusões são as que seguem:

- ✓ Em 1979 os homicídios ocupavam a quarta posição entre as causas externas. Em 1997 passam a ocupar a segunda posição com 22,4% e em 2005, os óbitos por homicídios alcançaram proporções próximas à dos acidentes de transporte, que foi a principal causa, com 35,5% e 36,3%, respectivamente.
- ✓ A maior variação percentual anual positiva nos coeficientes de mortalidade por homicídios ocorreu no período de 2000 a 2004 com 11%.
- ✓ O coeficiente de mortalidade por homicídios foi sempre maior para os homens, com 89,8% em todo o período estudado, com uma relação masculino/feminino de 10:1.
- ✓ Os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio segundo sexo foram observados no triênio 2003/2005, com coeficiente de mortalidade de 47,1 no sexo masculino e 4,8 óbitos por 100.000 habitantes no sexo feminino.
- ✓ A variação percentual anual verificada foi de 9,8% no sexo masculino e 5,4% no sexo feminino no período 2000/2004.
- ✓ O comportamento da mortalidade por homicídios no sexo masculino apresentou-se crescente, enquanto que no sexo feminino manteve-se estável.
- ✓ Quanto à idade, as maiores freqüências encontraram-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. Quando somadas as freqüências nas faixas etárias de 15 a 49 anos observa-se que mais de 80% dos óbitos por homicídios ocorreram neste grupo de idade, sendo adolescentes e adultos jovens. Os maiores coeficientes também encontraram-se neste grupo etário.
- ✓ Quanto à idade e sexo, os coeficientes para as faixas etárias masculinas de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos mantiveram a tendência crescente durante todo o período estudado e, apresentaram um forte crescimento

nos coeficientes de mortalidade por homicídios a partir do triênio 1999-2001, com 90,9 e 110,8 por 100.000 habitantes no triênio 2003-2005 e apresentaram variação percentual anual de 20,0 e 11,4% no período de 2000 a 2004, nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 29 anos, respectivamente.

- ✓ No sexo feminino, o maior coeficiente de mortalidade por homicídios ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos com 8,2 óbitos por 100.000 habitantes no triênio 2003 a 2005.
- ✓ As maiores variações no sexo feminino ocorreram no período de 2000 a 2004, e na faixa de 15 a 19 anos a maior variação percentual anual, 13,5%.
- ✓ Quanto ao tipo de agressão as ocasionadas por arma de fogo foram as mais freqüentes, destacando-se o período de 2001 a 2005, responsável por 67,8% das agressões, seguidas pelas agressões por arma branca com 18% do total.
- ✓ Para o sexo masculino, o predomínio da arma de fogo na mortalidade por homicídios no período de 2001 a 2005 chegou a quase 70% do total de agressões.
- ✓ Na década de 80 a arma branca foi o tipo de agressão mais freqüente no sexo feminino, chegando próximo ao uso da arma de fogo. No período 1986 a 1991 as armas de fogo respondiam por 39,6% dos tipos de agressão no sexo feminino e as armas brancas por 38,2%.

Os resultados relativos aos óbitos por homicídios ocorridos em homens de 15 a 49 anos residentes no estado do Paraná nos anos de 1979 a 2005 permitiram as conclusões que se seguem:

Quanto à Regional de Saúde de residência no período de 1979 a 2005.

- ✓ As regionais de saúde Metropolitana (110,9), Londrina (98,7) e Foz do Iguaçu (224,0) apresentaram os maiores coeficientes de mortalidade verificados no triênio 2003-2005, e a regional de Maringá (26,0), o menor coeficiente
- ✓ A tendência de crescimento da mortalidade por homicídios em homens de 15 a 49 anos foi observada nas regionais Metropolitana, Cianorte, Campo Mourão, Umuarama, Londrina e Foz do Iguaçu.

Quanto à raça/cor e escolaridade no período de 2003 a 2005.

- ✓ Segundo raça/cor, o predomínio dos óbitos recai sobre a raça/cor branca, sendo 79,8% do total de óbitos no Paraná. Nas regionais de saúde o percentual foi em média, mais de 60% na raça/cor branca.
- ✓ Segundo a escolaridade, em 78,3% dos óbitos, foi informado menos de 7 anos de escolaridade.
- ✓ Na regional de Guarapuava verificou-se que 16% das vítimas de homicídios não tinham escolaridade, na regional de União da Vitória das 55% das vítimas tinham menos de 3 anos de escolaridade e na regional de Foz do Iguaçu encontrou-se o maior número de vítimas com 12 anos ou mais de escolaridade (10,4%).

REFERÊNCIAS

AIDAR, Tirza; SOARES, Maurilio José Barbosa. Desigualdade, vulnerabilidade social e a mortalidade por causas violentas no contexto metropolitano: o caso Campinas, Brasil. In: Cunha, José Marcos Pinto da. (Org.). **Novas metrópoles paulistas: população, vulnerabilidade e segregação**. 1. ed. Campinas, SP: Nepo/Unicamp, 2006. v. 1, p. 561-579.

BARATA, Rita Barradas; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida; MORAES, José Carlos. Tendência temporal da mortalidade por homicídios na cidade de São Paulo, Brasil, 1979-1994. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 4, p. 711-718, out./dez. 1999.

BARATA, Rita Barradas; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Relação entre homicídios e indicadores econômicos em São Paulo, Brasil, 1996. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, D.C., v. 7, no. 2, p. 118-123. 2000.

BARROS, Maria Dilma de A.; XIMENES, Ricardo; LIMA, Maria Luiza C. de. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p.142-149, 2001.

BAILEY, Norman T. J. **Statistical methods in Biology**. 3rd. Cambridge: Cambridge University, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do seminário internacional de atendimento pré-hospitalar de emergência e trauma**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria MS/GM n. 737, de 16/5/2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, seção 1, de 18 de maio de 2001. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Mortalidade por agressões segundo raça/cor. In: _____. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Departamento de Análise de situação em Saúde. Análise da tendência da morte violenta. In: _____. **Saúde Brasil**, 2005. Brasília, DF, 2005d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Mortalidade no Brasil em 2004. In: _____. **Saúde Brasil 2006**: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei nº. 10.826 de 22 de dezembro de 2003. **Estatuto do Desarmamento**. Disponível em: <www.deolhonoestatuto.org.br>. Acesso em: 30 nov. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Violência**: uma epidemia silenciosa, Brasília, DF, 2007. CONASS Documenta, n. 15.

CABRAL, Mara Aparecida Alves. Prevenção da violência conjugal contra a mulher. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p.183-191, 1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Homicide trends and characteristics, Brazil, 1980-2002. **MMWR Morbidity Mortality Weekly Report.**, Local, no. 53, p.169-171, 2004 Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5308.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2006.

CHENAIS, Jean Claude. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.1, p. 53-69, 1999.

CORDEIRO, Ricardo; DONALISIO, Maria Rita Camargo. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. **Cad. Saude Publica, Ser. Pesqui.**, Rio De Janeiro, v. 17, n. 3, p. 669-677, 2001.

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

CRUZ, Oswaldo Gonçalves. **Modelagem espaço-temporal dos homicídios**: região sudeste/Brasil, 1979-1998. 2004. Tese (Doutorado)-Programas de Pós-graduação de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. Violence a global public health problem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 277-292, 2006.

DATASUS. Mortalidade por agressões – Paraná. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/extpr.def>>. Acesso em: 30 jan. 2007a.

DATASUS. **Indicadores demográficos**: Paraná. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poppr.def>>. Acesso em: 30 jan. 2007b.

DRUMOND JÚNIOR, Marcos; LIRA, Margarida, M. T. A.; FREITAS, Marina; NITRINI, Tânia M.V. ; SHIBAO, Katsue. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 273-280, 1999.

GAZE, Regina; PEREZ, Mauricio de Andrade. Vigilância epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia histórias e fundamentos**. São Paulo: Atheneu, 2006.

GAZETA DO POVO. Disponível em: <<http://portal.rpc.com.br/gazetadopovo/parana/conteúdo.phtml?tl=1&id=717606&tit=Foz-olguacu-tem-maior-taxa-de-homicidios-do-Parana>>. Acesso em: 30 nov. 2007.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Mortalidade violenta no Município de São Paulo nos últimos 40 anos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Sao Paulo, v. 3, n. 1/3, p. 50-69, abr./dez. 2000.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; COSTA, Luciana Scarlazzari. Homicídios e desigualdades sociais no Município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.191-197, 2005.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; MORITA Mitsuyohi; HIDALGO Neuma T.; VALENCICH, Dalva Maria O.; BRUMINI, Rodolfo. A mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2005. **Bol. Epidemiol. Paul.**, São Paulo, v. 3, n. 33, 2006. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2007.

HARAKI, Cristianne Aparecida Costa; GOTLIEB Sabina Lea Davidson; LAURENTI, Ruy. Confiabilidade do sistema de informações sobre mortalidade em município do sul do Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Sao Paulo, v. 8, n.1, p.19-24, 2005.

IBGE. Disponível:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/analise_populacao/1940_2000/tabela07.pdf. 2000>. Acesso em: 27 nov. 2007.

KILSZTAJN, Samuel, CARMO, Manuela Santos Nunes do, SUGAHARA, Gustavo Toshiaki Lopes *et al.* Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1408-1415, set./out. 2005.

KRUG, Etienne G.; DAHLBERG, Linda L.; MERCY, James A. et al. **World report on violence and health**. Geneve: World Health Organization, 2002.

LAURENTI, Ruy. Acidentes e violências/lesões e envenenamentos e a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 55-58, 1997. Suplemento.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB Sabina Lea Davidson. A confiabilidade dos dados de mortalidade e morbidade por doenças crônicas não transmissíveis. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 909-920, 2004.

LIMA, Maria Luiza C de; SOUZA, Edinilsa Ramos de; XIMENES, Ricardo et al. Evolução de homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 462-469, ago. 2002.

LIMA, Maria Luiza C. de. **A trajetória dos homicídios no estado de Pernambuco: uma abordagem epidemiológica nas duas últimas décadas do século XX.** 2003. Tese (Doutorado)-Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, FIOCRUZ, ENSP, Recife, 2003.

LIMA, Maria Luiza C de; XIMENES, Ricardo A. de A.; SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no Estado de Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.176-182, abr. 2005.

MAGALHÃES, Rosana. Monitoramento das desigualdades sociais em saúde; significados e potencialidades das fontes de informação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 667-673, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves; MASCARENHAS, Márcio Denis Medeiros et al. A vigilância e prevenção de violências e acidentes no Sistema único de Saúde: uma política em construção. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 39, p. 82-92, jun. 2007.

MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; LAURENTI, Ruy; AIDAR, Tirza. Considerações sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residentes no Município de Maringá, estado do Paraná, Brasil, no período de 1979 a 1998. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 14, n. 3, p. 159-169, jul./set. 2005.

MATOS, Sonia G.; PROIETTI, Fernando A.; BARATA, Rita de Cássia Barradas. Confiabilidade da informação sobre mortalidade por violência em Belo Horizonte, MG. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 76-84, 2007.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB Sabina Lea Davidson; LAURENTI Ruy. **Situação de Saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999.** Brasília, DF: OPS; OMS, 2001.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson; LAURENTI, Ruy. O sistema de informações sobre mortalidade: problemas e propostas para o seu enfrentamento II - Mortes por causas externas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Sao Paulo, v. 5, n. 2, p. 212-223, 2002.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; CASCÃO, Ângela Maria e SILVA, Renato Carvalho. **Acidentes e violências**: um guia para o aprimoramento da qualidade de sua informação. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças em Português, 2003. (Série Divulgação nº 10).

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; LAURENTI, Ruy; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Análise da qualidade das estatísticas vitais brasileiras: a experiência de implantação do SIM e do SINASC. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006a.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 375-383, abr./jun. 2006b.

MORAES, José Ribamar; SILVA, Antônio Augusto Moura da; LAMY FILHO, Fernando; SILVA, Raimundo Antônio da. Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999. **Rev. Bras. Epidemiol.**, Sao Paulo, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 245-254, set. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação internacional de doenças, revisão de 1975**. São Paulo, 1976. (CID-9).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 8. ed. São Paulo, 2000. v. 1. (CID-10).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. São Paulo, 1994. v. 2. (CID-10).

PARANÁ. Secretaria Estadual da Saúde. Centro de Informação e Diagnóstico em Saúde. Divisão de Sistemas de Informação de Saúde. **Atlas de mortalidade por câncer no Paraná 1999 – 2003**. Curitiba, 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde [homepage]. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>. Acesso em: 18 fev. 2007.

ROSENBERG, M. L.; O'CARROLL, P. W.; POWELL, K. E. Let's be clear: violence is a public health problem. **JAMA**, Chicago, v. 267, no. 22, p. 3071-3072, 1992.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SIMÕES, Celso Cardoso S. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

SOARES, Dorotéia F. Pelissari de Paula. **Acidentes de trânsito em Maringá- PR**: análise do perfil epidemiológico e dos fatores de risco de internação e de óbito. 2003. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

SOARES, Dorotéia F. P. de Paula; BARROS, Marilisa Berti A. Gravidade dos acidentes de trânsito ocorridos em Maringá-Pr. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 5, p.77-84, 2006. Suplemento.

SOARES, Sergei Suarez Dillon. **Educação**: um escudo contra o homicídio?. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1298.pdf>. Acesso em: 12 set. 2007.

SOARES FILHO, Adauto Martins; SOUZA, Maria de Fátima Marinho et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007. v. 16, n. 1.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Homicídios no Brasil: O grande vilão da saúde pública na década de 80. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, p.45-60, 1994. Suplemento.

SOUZA, Edinilsa Ramos de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, Edinilsa Ramos de, LIMA, Maria Luiza Carvalho de. The panorama of urban violence in Brazil and its capitals. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 363-373, abr./jun. 2006.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; REIS, Ana Cristina et al. Análise temporal da mortalidade por causas externas no Brasil: décadas de 80 e 90. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SPINELLI, Hugo; ALAZRAQUI, Marcio; MACIAS, Guillermo. **Muertes violentas en la ciudad autónoma de Buenos Aires**: una mirada desde el sector salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2005.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco, 2002. p. 26.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da violência dos municípios brasileiros**. Brasília, DF: Organização dos Estados Ibero-Americanos para a Educação, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Consultation on Violence and Health. **Violence**: a public health priority. Geneva, 1996. (Documento WHO/EHA?SPI.POA.2). Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 10 out. 2006.

ANEXOS

ANEXO A – Relação das regionais de saúde e os municípios de abrangência

1ª Regional de Saúde Paranaguá, com uma área de 6.055.952 km e 287.633 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná.

2ª Regional de Saúde Metropolitana, com uma área de 17.130.181 km e 3.385.145 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Adrianópolis, Agudos do Sul, Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Campo do Tenente, Campo Largo, Campo Magro, Cerro Azul, Colombo, Contenda, Curitiba, Doutor Ulysses, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Lapa, Mandirituba, Piên, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Quitandinha, Rio Branco do Sul, Rio Negro, São José dos Pinhais, Tijuca do Sul e Tunas do Paraná.

3ª Regional de Saúde Ponta Grossa com uma área de 14.801.889 km e 579.827 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Arapoti, Carambeí, Castro, Ipiranga, Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés.

4ª Regional de Saúde Irati com uma área de 6.096.552 km e 157.604 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares.

5ª Regional de Saúde Guarapuava com uma área de 19.985.228 km e 457.361 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Boa Ventura de São Roque, Campina do Simão, Cândói, Cantagalo, Foz do Jordão, Goioxim, Guarapuava, Laranjal, Laranjeiras do Sul, Marquinho, Nova Laranjeiras, Palmital, Pinhão, Pitanga, Porto Barreiro, Prudentópolis, Reserva do Iguaçu, Rio Bonito do Iguaçu, Turvo e Virmond.

6ª Regional de Saúde União da Vitória, com uma área de 7.298.024 km e 168.137 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Antônio Olinto, Bituruna, Cruz Machado, General Carneiro, Paula Freitas, Paulo Frontin, Porto Vitória, São Mateus do Sul e União da Vitória.

7ª Regional de Saúde Pato Branco com uma área de 9.288.976 km e 244.406 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Bom Sucesso do Sul, Chopinzinho, Clevelândia, Coronel Domingo Soares, Coronel Vivida, Honório Serpa, Itapejara D'Oeste,

Mangueirinha, Mariópolis, Palmas, Pato Branco, São João, Saudade do Iguaçu, Sulina e Vitorino.

8ª Regional de Saúde Francisco Beltrão, com uma área de 7.768.774 km e 313.370 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Ampére, Barracão, Bela Vista da Caroba, Boa Esperança do Iguaçu, Bom Jesus do Sul, Capanema, Cruzeiro do Iguaçu, Dois Vizinhos, Enéas Marques, Flor da Serra do Sul, Francisco Beltrão, Manfrinópolis, Marmeleiro, Nova Esperança do Sudoeste, Nova Prata do Iguaçu, Pérola D'Oeste, Pinhal de São Bento, Planalto, Pranchita, Realeza, Renascença, Salgado Filho, Salto do Lontra, Santa Isabel do Oeste, Santo Antônio do Sudoeste, São Jorge D'Oeste e Verê.

9ª Regional de Saúde Foz do Iguaçu com uma área de 4.073.410 km e 450.893 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Teresinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

10ª Regional de Saúde Cascavel com uma área de 11.775.294 km e 501.851 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Cascavel, Catanduvás, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Teresa do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

11ª Regional de Saúde Campo Mourão, com uma área de 11.937.031 km e 311.945 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Altamira do Paraná, Araruna, Barbosa Ferraz, Boa Esperança, Campina da Lagoa, Campo Mourão, Corumbataí do Sul, Engenheiro Beltrão, Farol, Fênix, Goioerê, Iretama, Janiópolis, Juranda, Luiziana, Mamborê, Moreira Sales, Nova Cantu, Peabiru, Quarto Centenário, Quinta do Sol, Rancho Alegre D'Oeste, Roncador, Terra Boa e Ubitatã.

12ª Regional de Saúde Umuarama com uma área de 10.232.491 km e 234.251 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Alto Piquiri, Altônia, Brasilândia do Sul, Cafezal do Sul, Cruzeiro do Oeste, Douradina, Esperança Nova, Francisco Alves, Icaraíma, Iporã, Ivaté, Maria Helena, Mariluz, Nova Olímpia, Perobal, Pérola, São Jorge do Patrocínio, Tapira, Umuarama, Vila Alta e Xambrê.

13ª Regional de Saúde Cianorte com uma área de 4.073.875 km e 130.687 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Cianorte, Cidade Gaúcha,

Guaporema, Indianópolis, Jupurá, Jussara, Rondon, São Manoel do Paraná, São Tomé, Tapejara e Tuneiras do Oeste.

14ª Regional de Saúde Paranaíba com uma área de 9.833.330 km e 254.256 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Alto Paraná, Amaporã, Cruzeiro do Sul, Diamante do Norte, Guairaçá, Inajá, Itaúna do Sul, Jardim Olinda, Loanda, Marilena, Mirador, Nova Aliança do Ivaí, Nova Londrina, Paraíso do Norte, Paranapoema, Paranaíba, Planaltina do Paraná, Porto Rico, Querência do Norte, Santa Cruz do Monte Castelo, Santa Isabel do Ivaí, Santa Mônica, Santo Antônio do Caiuá, São Carlos do Ivaí, São João do Caiuá, São Pedro do Paraná, Tamboara e Terra Rica.

15ª Regional de Saúde Maringá com uma área de 6.973.399 km e 716.273 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Ângulo, Astorga, Atalaia, Colorado, Doutor Camargo, Floraí, Floresta, Flórida, Iguaçu, Itaguajé, Itambé, Ivatuba, Lobato, Mandaguaçu, Mandaguari, Marialva, Maringá, Munhoz de Mello, Nossa Senhora das Graças, Nova Esperança, Ourizona, Paissandu, Paranacity, Presidente Castelo Branco, Santa Fé, Santa Inês, Santo Inácio, São Jorge do Ivaí, Sarandi e Uniflor.

16ª Regional de Saúde Apucarana com uma área de 4.861.449 km e 337.953 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Apucarana, Arapongas, Bom Sucesso, Borrazópolis, Califórnia, Cambira, Faxinal, Grandes Rios, Jandaia do Sul, Kaloré, Marilândia do Sul, Marumbi, Mauá da Serra, Novo Itacolomi, Rio Bom, Sabáudia e São Pedro do Ivaí.

17ª Regional de Saúde Londrina com uma área de 7.394.433 km e 846.420 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Alvorada do Sul, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana.

18ª Regional de Saúde Cornélio Procopio com uma área de 7.293.665 km e 243.178 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Abatiá, Andirá, Assaí, Bandeirantes, Congonhinhas, Cornélio Procopio, Itambaracá, Leopólis, Nova América da Colina, Nova Fátima, Nova Santa Bárbara, Rancho Alegre, Ribeirão do Pinhal, Santa Amélia, Santa Cecília do Pavão, Santa Mariana, Santo Antônio do Paraíso, São Jerônimo da Serra, São Sebastião da Amoreira, Sapopema, Sertaneja e Uraí.

19ª Regional de Saúde Jacarezinho com uma área de 7.697.572 km e 271.897 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Barra do Jacaré, Cambará, Carlópolis, Conselheiro Mairinck, Figueira, Guapirama, Ibaiti, Jaboti, Jacarezinho, Japira, Joaquim Távora, Jundiá do Sul, Pinhalão, Quatiguá, Ribeirão Claro, Salto do Itararé, Santana do Itararé, Santo Antônio da Platina, São José da Boa Vista, Siqueira Campos, Tomazina e Wenceslau Braz.

20ª Regional de Saúde Toledo com uma área de 8.150.248 km e 323.537 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Assis Chateaubriand, Diamante D'Oeste, Entre Rios do Oeste, Guairá, Marechal Cândido Rondon, Maripá, Mercedes, Nova Santa Rosa, Ouro Verde do Oeste, Palotina, Pato Bragado, Quatro Pontes, Santa Helena, São José das Palmeiras, São Pedro do Iguaçu, Terra Roxa, Toledo e Tupãssi.

21ª Regional de Saúde Telêmaco Borba com uma área de 10.065.833 km e 166.466 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Curiúva, Imbaú, Ortigueira, Reserva, Telêmaco Borba, Tibagi e Ventania.

22ª Regional de Saúde Ivaiporã, que ocupa uma área de 7.076.247 km do Estado e sua população totaliza 128.764 habitantes. Compõe esta regional os municípios de: Arapuã, Ariranha do Ivaí, Cândido de Abreu, Cruzmaltina, Godoy Moreira, Ivaiporã, Jardim Alegre, Lindianópolis, Lunardelli, Manoel Ribas, Mato Rico, Nova Tebas, Rio Branco do Ivaí, Rosário do Ivaí, Santa Maria do Oeste e São João do Ivaí.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

L925m Lozada, Elizabeth Mitiko Konno de
Mortalidade por homicídios no Paraná : análise da
tendência e perfil epidemiológico / Elizabeth Mitiko Konno
de Lozada. -- Maringá : [s.n.], 2008.
92 f.

Orientador : Prof^a. Dr^a. Thais Aidar de Freitas Mathias.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de
Maringá, Departamento de Enfermagem, 2008.

1. Mortalidade - Paraná. 2. Homicídios - Paraná. 3.
Violência - Paraná. I. Universidade Estadual de Maringá,
Departamento de Enfermagem. II. Título.