



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO**

**ROBERTO DOS SANTOS LACERDA**

**CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE DISPARIDADES EM SAÚDE E MORBIDADE  
POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA**

**FEIRA DE SANTANA-BAHIA  
2011**

ROBERTO DOS SANTOS LACERDA

**CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE DISPARIDADES EM SAÚDE E MORBIDADE  
POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA**

**Orientadora:** Dra. Edna Maria de Araújo

Feira de Santana - BA  
2011

**Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

L14c Lacerda, Roberto dos Santos  
Concepções teóricas sobre disparidades em saúde e morbidade por causas externas em Feira de Santana, Bahia / Roberto dos Santos Lacerda. – Feira de Santana, 2011.

96 f.: il.; tab.

Orientador: Edna Maria de Araújo

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Feira de Santana, 2011.

1.Violência – Feira de Santana,BA. 2.Disparidades em saúde.  
3.Violência – Causas externas I.Araújo, Edna Maria de.  
II.Universidade Estadual de Feira de Santana. III.Título.

CDU: 301.151.56(814.22)

**ROBERTO DOS SANTOS LACERDA**

**CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE DISPARIDADES EM SAÚDE E MORBIDADE  
POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM  
SAÚDE COLETIVA PELA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA –  
UEFS, NA ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA

Apresentação: 23 de março de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Edna Maria de Araújo

Universidade Estadual de Feira de Santana

ORIENTADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Conceição Nascimento Costa – ISC/UFBA

Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosely Cabral de Carvalho – UEFS

Universidade Estadual de Feira de Santana

## **AGRADECIMENTOS**

**DEUS**, pela vida, saúde, inspiração e luz em todos os momentos da minha vida e pela missão a mim confiada de contribuir para a construção de um mundo mais pacífico, justo e igualitário. Obrigado por colocar em minha vida todas as pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a conquista de mais essa vitória.

**João e Valdice, PAI e MÃE** que de forma amorosa e eficaz me educaram dentro dos valores do respeito, honestidade, responsabilidade e retidão e, além disso, desde cedo me mostraram que a educação e o trabalho eram as melhores caminhos na condução de uma vida digna.

Meu irmão **Joval**, exemplo de profissionalismo, determinação e garra, e também pela acolhida em Feira de Santana. Minha irmã **Vânia**, pelo carinho, cuidado, atenção na infância e, principalmente, pelas lições que fortaleceram a minha identidade racial e o meu compromisso social.

**Silene**, que como um anjo enviado do céu entrou na minha vida durante essa jornada e com companheirismo, cumplicidade, carinho, atenção, cuidado e amor, soube me cobrar, incentivar e apoiar nos momentos que mais precisei.

Profa. **Edna Araújo**, que me acolheu como parceiro acreditou e confiou no meu potencial, abriu portas que sozinho eu não conseguiria e foi um grande exemplo de generosidade, dedicação e determinação que guardarei para sempre.

Prof. **Patel** pelo incentivo e solidariedade durante todo o curso.

Aos amigos e amigas, **Ilva, Eder, Naiara, Camila Porto, Camila Souza, Nélia, Clóvis, Liane, Rebeca, Samara** e de maneira especial **Magna e Nice** pela cumplicidade, carinho e atenção em todos os momentos, principalmente durante meu intercâmbio.

Aos amigos do **NUDES (Rejane, Railma, Zumbi, Adrielle, Daniel, Roberto, Luciana, Urânia, Dayse, Lorena, Cláudio, Rhuanna, Daniel e profa. Eva)** pela amizade, carinho e incentivo durante o percurso e em especial **Cristiane** pela contribuição na fase final do trabalho.

Minhas amigas biomédicas **Mariana e Joilda** pela torcida e parceria.

Profa. **Vijaya Hogan** pelos importantes ensinamentos sobre Disparidades em Saúde e pela acolhida, carinho, incentivo nos EUA.

Aos amigos brasileiros (**Michel, Ecylla e Fernanda**), e aos americanos (**Elizabeth, Roal, Connie, Michael, Joy, Kristin**) que com amizade, resenhas, farofas, moquecas e feijoadas, colaboraram para a minha adaptação nos EUA.

Às professoras **Conceição Costa, Rosely Carvalho e Climene Camargo** pela atenção e disponibilidade em contribuir para a melhoria do trabalho.

Aos professores: **Tânia, Nelson, Isaac, Carlito, Conceição, Ângela, Marluce Assis, Marinalva Lopes, Tereza Coelho, Maura Almeida, Rosely Carvalho e Davi Félix e Kionna Bernardes** (pelo apoio e compreensão durante o estágio docência).

Aos queridos funcionários do PPGSC: **Gorete, Jorge, Siomara e Luiza** pela atenção, disponibilidade e colaboração durante o mestrado.

“Depois de escalar uma montanha muito alta, descobrimos que há muitas outras montanhas por escalar”.

Nelson Mandela

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internações Hospitalares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas
CID	Classificação Internacional de Doenças
DEAM	Delegacia Especializada da Mulher
DPT	Departamento de Polícia Técnica
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NUDES	Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
SES	<i>Socioeconomic Status</i>
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UNC	<i>University of North Carolina</i>



**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b>	Características sociodemográficas das vítimas de lesões por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008.	52
<b>Tabela 2</b>	Distribuição dos atendimentos decorrentes de causas externas segundo tipo de causa, sexo e razão de masculinidade, Feira de Santana (BA), 2006 a 2008.	53
<b>Tabela 3</b>	Características dos agressores e relação com a vítima de lesão por causa externa em Feira de Santana (BA), 2006-2008.	54
<b>Tabela 4</b>	Características da agressão segundo tipo, motivo e instrumento usado para causar a lesão em Feira de Santana (BA), 2006-2008.	55

**LISTA DE FIGURAS**

- Figura 1** Modelo conceitual “Status socioeconômico” e saúde. Van de Mhenn *et al.* (1998) 28
- Figura 2** Distribuição das vítimas de lesões corporais por tipo e faixa etária, Feira de Santana (BA), 2006-2008. 53

**RESUMO**

Um dos grandes desafios da Saúde Pública na atualidade é reduzir as disparidades em saúde geradas por determinantes históricos, socioeconômicos, ideológico-culturais, os quais conferem marcantes desigualdades, entre os grupos populacionais, na morbimortalidade, por doenças e agravos, como as causas externas. Para compreender a origem das disparidades em saúde e suas relações com os diferenciais de morbidade por violência na população, foram realizados dois estudos, sendo: 1) um estudo de revisão de literatura realizado nos EUA, sobre as teorias/abordagens, *trauma histórico*, *curso de vida*, *status socioeconômico* e *racismo*. Observou-se que as diferentes abordagens utilizadas em estudos na área de saúde pública apontaram para a importante contribuição dos fatores históricos, ambientais, socioeconômicos e ideológicos para a geração e manutenção de disparidades em saúde. 2) Para analisar a morbidade violenta em Feira de Santana (BA) segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos, foi realizado estudo transversal com o universo de casos que apresentaram lesões corporais e foram atendidos pelo Departamento de Polícia Técnica do município, no período de 2006 a 2008. No período analisado foram registrados 4158 casos de lesão corporal, sendo o perfil das vítimas marcado pela maior vitimização de homens, jovens de 20 a 29 anos e naturais de Feira de Santana. As agressões foram a principal causa de lesões, sendo mais freqüente entre as mulheres. Conflitos familiares foram a principal motivação. Pode-se observar que a morbidade por causas externas apresenta diferencial entre os grupos populacionais em Feira de Santana. Considera-se que os resultados desse estudo, evidenciam a necessidade do esforço para eliminação das disparidades em saúde e construção de uma sociedade menos violenta.

**Palavras-chave: disparidades em saúde, causas externas, violência.**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>ARTIGOS:.....</b>	<b>17</b>
3.1	Manuscrito do Artigo 1:.....	18
3.2	Manuscrito do Artigo 2:.....	39
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
	<b>APÊNDICE A - PROJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>64</b>
	<b>APÊNDICE B – FICHA DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>91</b>
	<b>ANEXO 1 - OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELO CEP.....</b>	<b>102</b>

## 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É conhecido e notório o fato que os variados grupos populacionais apresentam entre si diferenças quanto à exposição a riscos e fatores ambientais, condições de vida, status e prestígio social, entre outros fatores que conferem entre esses grupos, marcantes diferenças no status de saúde e vulnerabilidade a doenças e agravos.

Disparidade em saúde é definido por Braveman (1991) como uma particular diferença em *status* de saúde na qual grupos em desvantagem social (pobres, minorias racial/étnicas, mulheres, ou outros grupos que tem persistentemente vivenciado desvantagem social ou discriminação) sistematicamente possuem pior padrão de saúde ou maiores riscos à saúde do que grupos em vantagem.

Ocorre que as disparidades em saúde têm múltiplas faces, sendo necessário conhecimento mais específico de suas características para que as medidas de intervenção possam ser mais eficazes. A moderna epidemiologia tem incorporado instrumentos metodológicos valiosos para medir as desigualdades, que possibilitam análises consistentes dos dados disponíveis (DUARTE et al., 2002).

Reduzir as desigualdades é um objetivo primordial do Sistema Único de Saúde, fundamentado no princípio constitucional de que todos os cidadãos têm direito de acesso igualitário a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O aumento da morbimortalidade por causas externas é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O tipo de incidentes violentos que os cidadãos brasileiros estão propensos a sofrer varia amplamente quanto a suas causas, natureza e probabilidade, dependendo fortemente da faixa etária, da renda, e da região onde se mora e trabalha. A extrema desigualdade que notávia-se antes nos indicadores sociais manifesta-se também nessa grande variabilidade dos riscos (Cedec, 1996 e 1997).

As causas externas, consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “causas violentas”, estão presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) em dois de seus capítulos. O Capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas

outras conseqüências de causas externas) refere traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes. No capítulo XX (causas externas de morbidade e mortalidade) estão classificadas as violências intencionais: homicídios e tentativas de homicídios, suicídios e agressões sexuais, domésticas, etc. (OMS, 1995).

Os acidentes e violências são apontados como grandes responsáveis pelas internações hospitalares no Brasil. Apesar de, em geral, essas causas apresentarem menor tempo de internação, seu custo é superior ao observado nas internações por causas naturais, representando impacto significativo para os recursos públicos de saúde. Em 2005, foram registradas quase 800 mil internações por essas causas no SIH-SUS (TOMIMATSU et al, 2009).

No Brasil as causas externas (acidentes e violências) são a principal causa de mortalidade entre crianças, adolescente e adulta jovens e a terceira causa na população geral representando para o país um custo de aproximadamente 5% do Produto Interno Bruto (PIB) no ano de 2004 (BRASIL, 2005; RODRIGUES, 2007).

Sabe-se que uma parcela significativa dessas violências não chega ao conhecimento institucional oficial. Além disso, outras tantas não são reconhecidas pela sociedade e, conseqüentemente, por suas instituições, como é o caso de certas expressões de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, que permanecem invisíveis ou silenciosas. Destaca-se que os dados relativos a atendimentos em serviços de emergência não estão computados em nenhum sistema de informação de base epidemiológica (MELLO JORGE & KOIZUME, 2003).

O conhecimento existente sobre as causas externas no Brasil é oriundo essencialmente de estudos epidemiológicos que utilizam dados de mortalidade, tanto pela melhor sistematização quanto pela qualidade de informação e dados sobre morbidade hospitalar produzidos pela análise das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs).

O estudo da violência torna-se um tema urgente à agenda do setor saúde devido aos altos custos econômicos e sociais que gera aos países. Apesar da saúde não entrar na gênese da violência, é sobre esse setor que recai o maior “peso” de suas conseqüências (MINAYO, 2007).

Diversos autores apontam para a necessidade da incorporação do tema violência à pauta do setor saúde, tanto pelo impacto na qualidade de vida das pessoas, produção de lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais, além da necessidade de cuidados dos serviços médicos hospitalares; bem como, porque faz parte das preocupações quando se trabalha com o conceito ampliado de saúde que leva em conta o ambiente e o estilo de vida para construção de uma vida saudável (SCHRAIBER *et al*, 2006; MINAYO, 2006; DALBERG & KRUG, 2007; MELLIONE & MELLO JORGE, 2008;).

Uma das principais características epidemiológicas do crescimento da morbimortalidade por causas externas é o impacto sobre o indicador Anos Potenciais de Vida Perdido (APVP), que é uma ferramenta importante para avaliação de eventos que culminam com a morte prematura. Além disso, esse indicador é importante parâmetro para avaliação de desigualdades sociais em saúde (ARAÚJO, 2009; JOHANSEN, 2005).

Na perspectiva de produção do conhecimento acerca das desigualdades em saúde e violência, o APVP pode relacionar a mortalidade (idade que se morre) e as esperanças de vida na dinâmica das transformações sociais e demográficas ao fenômeno da violência, o que pode conduzir ao levantamento de complexas questões tais como: juventude e pobreza, juventude e educação, jovens e consumo de drogas, juventude e uso de armas de fogo, jovens como vítimas e/ou perpetradores. Essas questões podem desvendar determinantes socioeconômicos dessa situação e contribuir na busca de soluções para o problema da violência urbana.

Os casos de violência que não geram morte ou internação, além das circunstâncias dos atos violentos, são informações desconhecidas e negligenciadas pelo setor saúde dificultando o conhecimento da real magnitude e características do problema.

Apesar da precariedade e da má qualidade da informação, os registros policiais de causas externas, são importantes fontes de informação que podem ser utilizados de forma complementar aos registros da Saúde orientando a elaboração de políticas e programas de promoção de saúde que consideremos fatores determinantes, bem

como programas de prevenção primária, especialmente, direcionados aos grupos populacionais mais vulneráveis.

Para análise da distribuição dos padrões de morbimortalidade por violência na população, faz-se necessário a compreensão do papel que as condições de vida desempenham ao conferir maior grau de vulnerabilidade a determinados grupos populacionais. Dessa forma, conceitos oriundos das Ciências Sociais como status socioeconômico, curso de vida, racismo, etc., se apresentam como importantes pressupostos para análise e compreensão das desigualdades nos padrões de distribuição da violência na população.

O presente projeto faz parte de um projeto mãe intitulado: “Morbidade por Causas Externas: Caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia”, que está sendo desenvolvido pelo Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades e Saúde – NUDES/UEFS. Esse projeto é financiado pela FAPESB edital 004/2009, termo de outorga 0044/2009.

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre os pressupostos teóricos que orientam as pesquisas sobre disparidades em saúde na literatura internacional, foi realizado pelo autor desse trabalho, um estágio na Gillings School of Global Health - University of North Carolina at Chapel Hill, USA. Durante esse período foi realizada uma revisão bibliográfica sobre disparidades em saúde, que é apresentada nesse trabalho no artigo 1 **“Trauma Histórico, Curso de Vida, Status Socioeconômico e Racismo: Contribuições para o entendimento das disparidades em saúde nos EUA”**.

O aprofundamento teórico sobre conceitos explicativos das disparidades em saúde será de extrema importância para a realização de próxima etapa do estudo, que consiste na proposta de avaliar a associação entre morbidade por agressão e condições de vida (capital cultural e econômico) em Feira de Santana.

Os resultados da primeira etapa dessa pesquisa são apresentados no artigo 2 **“Caracterização da morbidade por causas externas em Feira de Santana”**, o qual através de um estudo epidemiológico do tipo transversal traçou o perfil da violência não letal em Feira de Santana entre 2006 e 2008.



Pretende-se com os achados e sugestões desse estudo, colaborar com os órgãos e instituições responsáveis pela promoção de ações de prevenção e repressão da violência no município, bem como alertar a sociedade acerca do caráter cultural do uso indiscriminado e banalizado da violência em Feira de Santana.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Descrever algumas abordagens teóricas sobre disparidades em saúde e analisar a morbidade por causas externas em Feira de Santana no período de 2006 a 2008.

### **2.2 Objetivos Específicos.**

Descrever e analisar a contribuição de algumas das principais abordagens utilizadas nos EUA para o estudo das disparidades em saúde;

Traçar o perfil epidemiológico das vítimas de lesões corporais em Feira de Santana;

Caracterizar a violência, em Feira de Santana, segundo perfil do agressor, relação vítima/agressor e circunstâncias da agressão.

### **3. ARTIGOS**

#### **3.1 MANUSCRITO DO ARTIGO 01**

##### **Manuscrito do Artigo 1**

**Trauma Histórico, Curso de Vida, Status Socioeconômico e Racismo:  
Contribuições para o entendimento das disparidades em saúde nos EUA.**

***Historical Trauma, Life Course, Socioeconomic Status and Racism:  
Contributions to understand health disparities in USA.***

Roberto dos Santos Lacerda <sup>1</sup>

Edna Maria de Araújo<sup>2</sup>

Vijaya Hogan<sup>3</sup>

**Instituição:** Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS / Departamento de Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC; Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde - NUDES/UEFS.

**Endereço para correspondência:** Roberto dos Santos Lacerda. Rua Barão de Cotegipe, 1715, Centro. Feira de Santana-BA. CEP: 4410-030

---

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, bolsista CNPq. e-mail: [robertosl3@hotmail.com](mailto:robertosl3@hotmail.com)

<sup>2</sup>Prof<sup>a</sup>. Adjunta - UEFS, Doutorado em Saúde Pública – ISC/UFBA, Professora do PPGSC, Coordenadora NUDES/UEFS, e-mail: [ednakam@gmail.com](mailto:ednakam@gmail.com)

<sup>3</sup>Prof<sup>a</sup>. Vijaya Hogan, Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Health University of North Carolina, U.S.A.

## RESUMO

Reconhecer e superar disparidades em saúde são grandes desafios da saúde pública para a construção de um mundo mais justo e igualitário. O objetivo dessa revisão de literatura é descrever algumas das principais abordagens teóricas utilizadas em pesquisas sobre disparidades em saúde nos EUA. Foram escolhidas as teorias/abordagens, Trauma Histórico (*historical trauma*), curso de vida (*life course*), status socioeconômico (*socioeconomic status*) e racismo (*racism*), para a compreensão das origens e justificativas para as disparidades em saúde. Foi realizada pesquisa bibliográfica por meio eletrônico em bases bibliográficas de artigos originais e de revisão publicados no período de 1990 a 2010. Foram encontrados 141 artigos, dos quais foram 46 atenderam os critérios estabelecidos para a realização desse estudo. As diferentes abordagens utilizadas em estudos na área de saúde pública apontaram para a importante contribuição dos fatores históricos, ambientais, socioeconômicos e ideológicos para a geração e manutenção de disparidades em saúde nos EUA.

**Palavras-chave:** Disparidades, status socioeconômico, trauma histórico, racismo.

## ABSTRACT

Recognize and overcoming disparities in health are major public health challenges to building a more just and equity world. The purpose of this review is to describe some of the major theoretical approaches used in research on health disparities in United States. Were chosen the theories / approaches, *historical trauma*, *life course*, SES (*socioeconomic status*) and *racism* to understanding the origins and reasons for the health disparities. Bibliographic search was conducted electronically in bibliographic databases of original and review articles published between 1990 to 2010. We found 141 articles, 46 of which have met the criteria for this study. The different approaches used in studies on public health pointed to the important contribution of historical factors, environmental, socioeconomic and ideological to the generation and maintenance of health disparities in America.

**Keywords:** Disparities, socioeconomic status, historical trauma, racism

## INTRODUÇÃO

Eliminar disparidades em saúde é um dos principais objetivos da Saúde Pública, mas para alcançar esse objetivo é muito importante conhecer como e porque algumas populações têm maiores taxas de adoecimento do que outras.

Disparidade em saúde é definido por Braveman (1991) como uma particular diferença em *status* de saúde na qual grupos em desvantagem social (pobres, minorias racial/étnicas, mulheres, ou outros grupos que tem persistentemente vivenciado desvantagem social ou discriminação) sistematicamente possuem pior padrão de saúde ou maiores riscos à saúde do que grupos em vantagem.

Diferenças raciais e étnicas em desfechos de saúde são o foco de crescente atenção de gestores e pesquisadores nos EUA. Na publicação “*Healthy People*” (2010), o Serviço de Saúde Pública dos EUA identificou a eliminação das disparidades em saúde, incluindo disparidades raciais em *status* e acesso à saúde e o aumento do número de anos de vida com qualidade, como dois dos principais objetivos em torno dos quais a melhoria da saúde da nação deveria ser organizada (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES , 2000).

Segundo James (2009) três fatores (hospedeiro, ambiente e comportamento) interagem para determinar disparidades na incidência de doenças, o quarto fator (acesso à saúde) influencia disparidades na mortalidade prematura e o quinto (estruturas políticas e econômicas) determina diferenças de mortalidade a depender da disponibilidade de recursos que são direcionados aos grupos populacionais.

Compreender as origens, especificidades e, principalmente, a forma como diferenças (raciais, gênero, *status* socioeconômico) produzem as disparidades em saúde é um desafio para pesquisadores e gestores em saúde pública.

Teorias/abordagens como trauma histórico (*historical trauma*) curso de vida (*life course*), status socioeconômico (*socioeconomic status*) e racismo (*racismo*), amplamente usados em pesquisas nos EUA, podem ajudar no entendimento sobre a maneira como ocorrem as disparidades em saúde e estimular a criação de políticas e programas que contribuam na redução de disparidades em saúde também no Brasil. Esse estudo tem como objetivo as contribuições de algumas abordagens teóricas utilizadas na perspectiva de compreensão e superação das disparidades em saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão da literatura sobre disparidades em saúde, pesquisando a literatura na área de saúde dos EUA, publicada em periódicos indexados, no período de janeiro de 1990 a dezembro de 2010. Foram utilizados os princípios da pesquisa bibliográfica, envolvendo as atividades básicas de identificação, compilação e fichamento dos trabalhos.

A pesquisa dos artigos foi realizada por meio eletrônico na *Health Science Library/University of North Carolina at Chapel Hill (USA)* e a partir dela foram acessadas algumas das principais bases bibliográficas de dados: MEDLINE (base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine, USA); WEB OF SCIENCE (ISI) “A Página da Ciência” (base de dados generalista) e GOOGLE SCHOLAR (base de dados do site de busca Google).

Para análise, discussão e compreensão sobre disparidades em saúde, foram pesquisados quatro tópicos em inglês: (1) *Historical Trauma*, descritores: historical trauma and health, historical trauma and health disparities; (2) Socioeconomic status (SES) que teve como descritores: socioeconomic status and health, socioeconomic status and health disparities; (3) Life course, descritores: life course and health, life course and health disparities; (4) Racism, descritores: racism and health, racism and health disparities.

Foram encontrados 141 artigos entre originais e de revisão, dos quais foram utilizados 45 nesse trabalho. Esses artigos foram selecionados por serem da área de saúde pública; apresentarem discussão teórica ou empírica da relação entre as teorias/abordagens escolhidas e evidências sobre a produção das disparidades em saúde.

### **Trauma Histórico (*historical trauma*)**

Trauma histórico é uma teoria utilizada em pesquisas sobre disparidades em saúde que proporciona em um nível macro uma estrutura para examinar como a



história de vida de uma população exposta a um trauma em um momento específico no tempo pode influenciar no padrão de adoecimento quando comparada a uma população não exposta (SOTERO, 2006). Trata-se de um conceito relativamente novo na Saúde Pública, definido por Brave Heart (1999) como *“o cumulativo e coletivo prejuízo emocional e psicológico durante a vida e ao longo das gerações resultante da massificação de experiências traumáticas”*.

A premissa dessa teoria é que as populações historicamente submetidas a trauma em massa por um longo período (colonialismo, escravidão, guerra, genocídio) apresentam uma maior prevalência de doenças através das gerações, mesmo após a ocorrência do trauma (BRAVE HEART & DEBRUYN, 1995; BRAVE HEART, 1999). Whitbeck (2004) relata que a maioria das conceituações da teoria é baseada em relatos de trauma persistente entre sobreviventes do Holocausto e suas famílias após a II Guerra Mundial.

Ainda citando Whitbeck (2004), grande parte desse trabalho sobre a persistência e transmissão das experiências traumáticas do holocausto se originou na década de 60, sendo escrito a partir de uma perspectiva psicanalítica. As três construções básicas da teoria são a experiência do trauma histórico, a resposta ao trauma histórico e a transmissão intergeracional de um trauma histórico (BRAVE HEART, 2003; DANIELI, 1998).

Os sintomas associados com trauma histórico são baseados em concepções da "síndrome do sobrevivente" incluindo sintomas de negação, despersonalização, isolamento, somatização, perda de memória, agitação, ansiedade, culpa, depressão, pensamentos intrusivos, pesadelos, entorpecimento psíquico, e culpa do sobrevivente. Além desses, estão incluídos: pobre tolerância emocional, hipervigilância, o abuso de substâncias, fixação no trauma, criação de novas situações de traumatização, e identificação com a morte (BRAVE HEART, 2001).

Apesar de todo o conhecimento sobre os sintomas, uma lacuna teórica que permanece é associar sintomas psicológicos e problemas somáticos, identificados entre as populações minoritárias, diretamente as causas históricas. Quase todos os estudos que identificam os sintomas referem-se a causas proximais. Para Whitbeck (2004) isso deixa um empírico “elo perdido” realmente conectando os sintomas com as fontes históricas propostas.

De Graaf (2001) tenta explicar essa questão observando que o trauma histórico é passado de geração a geração por meio de interação entre pais e filhos e

as histórias do trauma. Chase (2001) ao explicar o trauma histórico, assinala que a memória do que aconteceu com seus antepassados permanece nos genes dos nativos americanos.

A teoria do trauma histórico ressalta que, a fim de eliminar as disparidades em saúde entre diferentes populações, é necessário conhecer e respeitar os processos históricos e os mecanismos que marcaram física, psicológica e socialmente determinadas populações. Além disso, é importante que sejam incorporadas às práticas do cuidar, as tradições, o respeito à conexão, o holismo, a confiança e a espiritualidade juntando-se às ações tradicionais que visam melhorar o status de saúde dessas populações (BRAVE HEART, 1998).

Para Sotero (2006) é necessário que as pesquisas sejam direcionadas a outras minorias populacionais, além dos índios americanos, para determinar a existência do trauma histórico e se as variações de resposta ao trauma são dependentes da intensidade, tamanho e contexto da exposição, tempo passado desde a exposição, resiliência e fatores protetores ou culturais. Para a autora, a teoria do trauma histórico pode ajudar técnicos e pesquisadores em Saúde Pública a ampliar a perspectiva sobre disparidades em saúde e contribuir no desenvolvimento de um novo caminho para melhorar o *status* de saúde de grupos raciais/étnicos nos Estados Unidos.

### **Curso de Vida (*Life Course*)**

Ao longo do tempo os estudos epidemiológicos tem apresentado fortes evidências de que alguns grupos tem um melhor *status* de saúde e maior chance de longevidade que outros que possuem desvantagem econômica, sendo as minorias étnico-raciais mais prejudicadas diante dessa consideração (PEARLIN *et al*, 2005).

A abordagem do curso de vida analisa como a história de vida de grupos ou indivíduos em sociedade pode explicar diferenças em saúde (WETHINGTON,2005). Kuh (2003) define *life course epidemiology* (epidemiologia do curso de vida) como o estudo dos efeitos em longo prazo na saúde ou no risco de doenças, gerados por exposições físicas ou sociais durante a gestação, infância, adolescência, juventude e vida adulta. O autor ressalta que o conceito de *curso de vida* ganhou força na epidemiologia com o resgate do interesse sobre o papel dos fatores de risco no início da vida associados a problemas cardiovasculares e o outras doenças crônicas.

A teoria da desigualdade cumulativa (*cumulative inequality theory*) é utilizada por Ferraro (2009), destacando que sistemas sociais geram desigualdade, as quais são manifestadas ao longo do curso de vida através de processos demográficos e de desenvolvimento, e que as trajetórias pessoais são formadas pela acumulação de risco, recursos disponíveis, entre outros fatores.

Diversos estudos nos EUA têm buscado usar os modelos de *curso de vida* para explicar disparidades raciais em saúde. Lu e Halfon (2003) observam que bebês negros têm piores indicadores de saúde ao nascimento do que bebês brancos. Esses autores ressaltam que a maioria dos estudos foca nos diferenciais de exposição das mães durante a gravidez a fatores protetores e de risco como *status* socioeconômico atual, hábitos da mãe, cuidado pré-natal, estresse psicossocial ou infecções perinatais. Os autores concluem destacando a necessidade de pesquisas futuras sobre disparidades raciais na saúde neonatal examinarem os diferenciais de exposição a fatores de proteção e de risco não apenas durante a gestação, mas durante ao longo da vida da mulher.

Lee *et al* (2009) não observaram diferenças étnico-raciais na influência do curso de vida/*status* socioeconômico nas tendências de obesidade da adolescência para fase adulta, mas observaram essas diferenças por gênero, visto que homens com histórico de desvantagem que vivenciaram transições precoces (entrada no mercado de trabalho, casamento) apresentaram maior risco de incidência de obesidade e mulheres expostas a persistente adversidade apresentaram maior risco de serem obesas da obesidade.

Resultados do estudo de Mossakowski (2008) indicaram que adultos jovens negros e hispânicos tem maiores níveis de sintomas de depressão que brancos e que essas diferenças étnicas/raciais eram parcialmente explicadas pelo contexto familiar e riqueza, e substancialmente explicadas pelo tempo de duração da pobreza durante o período de transição para fase adulta.

Para Miech e Shanahan (2000) a integração de percepções advindas do paradigma do estresse com a perspectiva do *curso de vida* pode conduzir ao completo entendimento da influência das desigualdades socioeconômicas no funcionamento psicológico.

Investigando a odds de hipertensão para homens negros em relação à posição socioeconômica (*socioeconomic position* - SEP) deles na infância e na vida adulta, James *et al.* (2006) no estudo *The Pitt County Study* observaram que baixa

SEP na infância estava associada com aumento de 60% da odds de hipertensão; e quando comparada a odds entre homens com alto SEP na infância e na vida adulta a odds de hipertensão foi sete vezes maior para homens baixo/baixo SEP, quatro vezes maior para homens baixo/alto SEP e seis vezes maior para homens alto/baixo SEP.

A partir de dados do estudo de coorte conhecido como *The Alameda County Study, 1965-1999*, Maty *et al.* (2010) examinaram associações entre média de SEP ao longo da vida (posição socioeconômica na infância, educação, renda, ocupação) e incidência de *diabetes mellitus* entre negros e brancos e observaram que a incidência de diabetes foi duas vezes maior entre os negros e a baixa SEP na infância aumentou o risco para os dois grupos.

Ao analisar relações entre prisão, raça e saúde, London e Myers (2006) observaram que os estudos de curso de vida geralmente não incluem os efeitos do encarceramento, que provavelmente tem ação indireta sobre a saúde devido à empregabilidade, renda e trajetória marital. Para esses autores devido ao grande número de homens negros encarcerados e não presentes nas amostras das pesquisas, as disparidades raciais em saúde devem ser subestimadas, o que reforça a necessidade da inclusão dos efeitos do encarceramento nos modelos de curso de vida e saúde populacional.

A abordagem do curso de vida oferece muito aos pesquisadores e profissionais em saúde pública ao fornecer novas perspectivas sobre tempo, espaço social e história, além de direcioná-los ao estudo e entendimento de como as desvantagens acumuladas ao longo da vida contribuem para a existência e manutenção das disparidades em saúde.

### **Status Socioeconômico (*socioeconomic status*)**

Os termos status socioeconômico "*socioeconomic status*", posição socioeconômica "*socioeconomic position*" e classe social "*social class*" (coletivamente "*SES*") são amplamente utilizados em pesquisas sobre saúde. A literatura em epidemiologia social consistentemente trata SES como um multidimensional constructo contando com diversos fatores socioeconômicos (recursos econômicos, poder, e/ou prestígio) (BRAVEMAN, 2005).

Uma das correntes que tentam explicar a relação entre SES e saúde é a neurobiológica. Segundo Roy (2003) em sociedades hierárquicas, indivíduos de cada nível de hierarquia têm que se submeter àqueles que estão em nível acima e o reconhecimento dessa submissão gera emoções como vergonha, raiva e depressão. Essas emoções conduzem para a ativação do sistema de alarme psicológico e a ativação crônica desses sistemas resulta em mudanças nos sistemas de diferentes órgãos alvos responsáveis por doenças em adultos entre elas: início da diabetes, hipertensão, arteriosclerose, depressão e doenças autoimunes.

*Status* socioeconômico forma a base de três dos maiores determinantes de saúde: acesso ao cuidado em saúde, exposição ambiental e hábitos de saúde (ADLER & NEWMAN, 2002). Determinantes de desigualdade socioeconômica relacionadas a gênero e raça/etnia em nível geopolítico incluem especificidades de cada país, geografia e história, políticas e serviços, organização das instituições e estruturas que geram as disparidades em saúde (MOSS, 2002). Por outro lado, as disparidades raciais/gênero em saúde são fatores condicionais para o *status* socioeconômico (FARMER, 2004; NORRIS, 2008).

Diversas pesquisas nos EUA têm procurado investigar e mensurar os efeitos da combinação gênero/raça/SES na produção de disparidades em saúde. (MCDONOUGH, 1999; HOWARD, 2000; LANTZ, 2006; NORRIS, 2008; ERWIN, 2010).

Newacheck (2003) ao analisar disparidades na prevalência de deficiência física entre crianças negras e brancas concluíram que a prevalência cresceu marcadamente em ambos os grupos entre 1979 e 2000, mas entre crianças negras a prevalência de deficiência foi maior, e análises multivariadas indicaram que a diferença negros/brancos na prevalência de deficiência poderia ser explicada inteiramente pelas diferenças no *status* de pobreza.

Shuey (2008) utilizando dados longitudinais para avaliar se benefícios proporcionados por recursos socioeconômicos tinham o mesmo impacto no *status* de saúde de brancos e negros, observaram que educação não oferece as mesmas vantagens para a saúde de negros como para a de brancos, particularmente em altos níveis de educação. Glymour e Manly (2008) observaram que condições desfavoráveis ao longo da vida (segregação geográfica, discriminação, posição socioeconômica, etc.) interferem na ação cognitiva de adultos, em particular dos negros. Vizinhaça, circunstâncias socioeconômicas e acesso ao serviço de saúde

são fatores importantes para a origem e manutenção de disparidades raciais em saúde (WILLIAMS, 2005).

Grupos minoritários vivenciam desproporcionalmente a influência de fatores sociais que afetam a saúde negativamente. Galea (2002) aponta fatores como falta de moradia, encarceramento e posição socioeconômica como fatores que contribuem para as disparidades em saúde entre usuários de drogas. Já Stewart (2007) aponta, além dos indicadores tradicionais como renda e educação, os indicadores de SES não tradicionais tais como atendimento em serviço público de saúde, privação material e prestígio social subjetivo como influenciadores da percepção de saúde e depressão entre mulheres grávidas de diferentes grupos étnicos.

O modelo conceitual (figura 1) proposto por Van de Mheen et. al. (1998) procura estabelecer/analisar a relação entre *life course* e *socioeconomic status* a partir da consideração de três processos centrais, sendo o primeiro a contribuição das condições socioeconômicas na infância para as desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta. A questão chave desse processo é: pessoas adultas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque elas cresceram em condições de relativa pobreza?

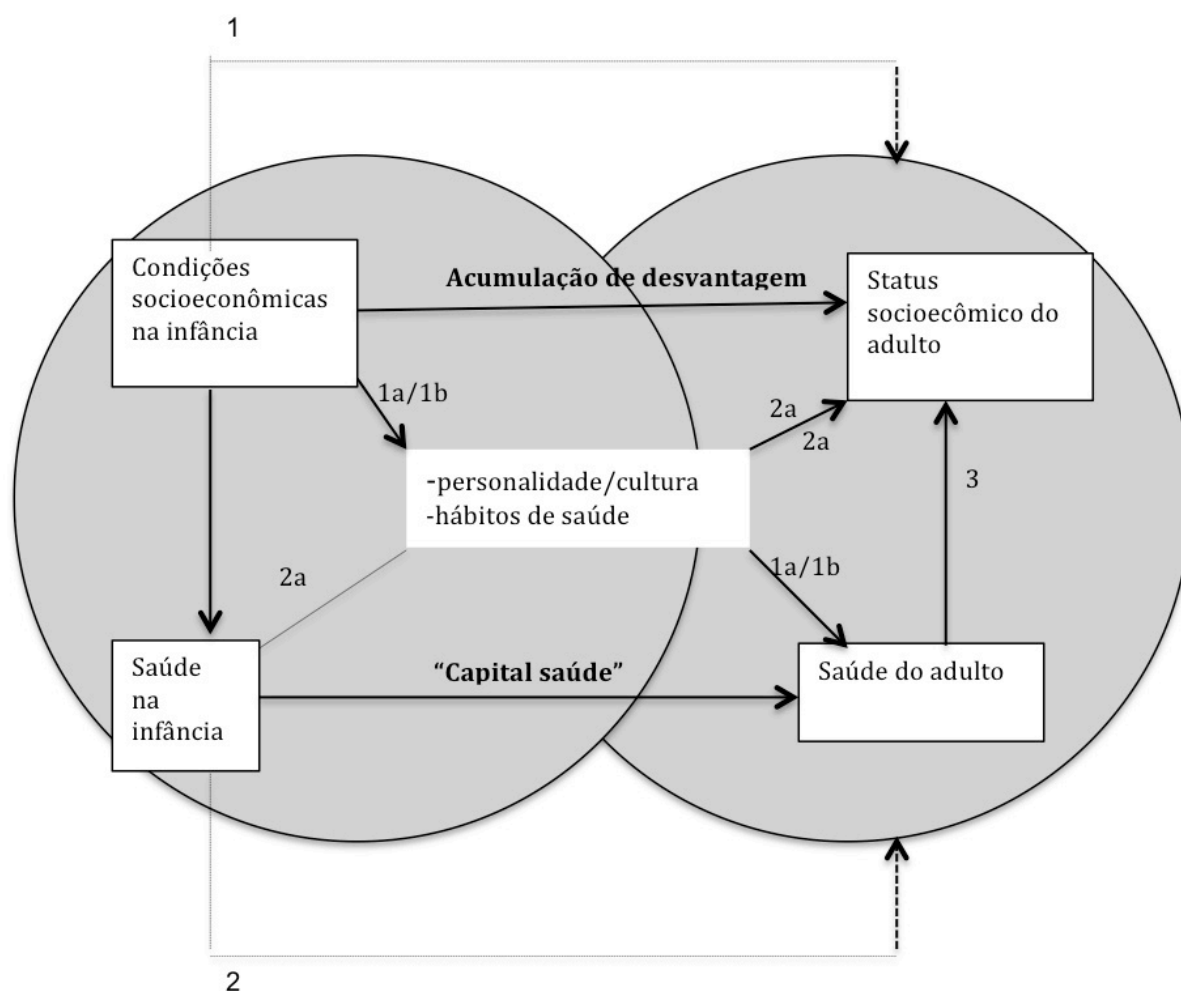
Como segundo processo o autor considera a contribuição da saúde na infância para as desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta, tendo como questão principal: pessoas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que as pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque elas vivenciaram mais problemas de saúde na infância?

O terceiro ponto considerado por Van de Mheen et al. (1998) é a “seleção da saúde” na vida adulta, a chamada “mobilidade social intergeracional”. Esse processo considera a seguinte questão: pessoas em grupos de baixo status socioeconômico são menos saudáveis que as pessoas de grupos de alto status socioeconômico porque é mais provável que elas vivenciem “mobilidade para baixo” (em relação, por exemplo, a renda e ocupação), ou menos provavelmente vivenciam “mobilidade para cima” por causa dos problemas de saúde, os quais têm suas raízes na infância?

Apesar de o SES ser freqüentemente implicado como fator contribuinte das disparidades em saúde entre minorias raciais/étnicas, mulheres e idosos, Shavers (2007) considera que os achados dos estudos que examinam o papel do SES e as

disparidades em saúde têm fornecido resultados inconsistentes e aponta para algumas falhas que devem ser superadas, dentre elas: a falha de precisão da confiabilidade das medidas, dificuldade de coleta de dados de SES individuais, natureza dinâmica do SES ao longo da vida e a falha na pobre correlação de medidas individuais de SES.

Figura 3: Modelo conceitual “ Status socioeconômico e saúde. Van de Mheen et al (1998).



1 contribuição das condições socioeconômicas na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta

1a efeito independente das condições socioeconômicas na infância para a saúde do adulto

1b efeito independente das condições socioeconômicas durante a infância na saúde do adulto através de hábitos de saúde e personalidade/cultural fatores

2 contribuição da saúde na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta

2a contribuição da saúde na infância para desigualdades socioeconômicas em saúde na vida adulta através da seleção em saúde na vida adulta

3 seleção em saúde na vida adulta

## **Racismo (*Racism*)**

A investigação do racismo como um determinante de saúde é uma área crescente de estudo em pesquisas sobre saúde nos EUA. Paradies (2006), em revisão de estudos empíricos quantitativos de base populacional com associação entre racismo e desfechos de saúde, identificou 138 estudos publicados, dos quais 65% foram publicados entre 2000 e 2004.

No campo da saúde pública, alguns pesquisadores têm formulado teorias explicativas da relação racismo e saúde. A teoria ecossocial de Krieger (2001) é um modelo epidemiológico multinível que busca integrar social e biológico, utilizando argumentação de uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica.

O modelo biopsicosocial proposto por Clark et al. (1999) conceitualiza o racismo como uma forma de stress que resulta em prejuízos psicológico/fisiológicos os quais são moderados/mediados por uma variedade de características e respostas.

A hipótese do “duplo perigo” afirma que idosos afro-americanos estão particularmente em risco de ter “pobre saúde” devido à interação entre racismo e discriminação (FERRARO; FARMER, 1996).

Paradies (2006) observa que há três níveis nos quais coerência e clareza devem ser buscados nesses estudos: na definição e teorização do racismo, na clareza de como o racismo deve estar relacionado à saúde e a caracterização do racismo como uma exposição que pode ser operacionalizada e mensurada.

Variações étnicas e raciais no *status* de saúde resultam primariamente de variações de exposição entre raças ou vulnerabilidade a fatores de risco comportamentais, psicossociais, materiais e ambientais (WILLIAMS, 1994).

Alguns estudos têm mostrado que indivíduos que relatam experiência de discriminação e outras fontes de *stress* tem uma maior prevalência de comportamento de risco para doenças crônicas, como tabagismo e abuso de álcool e outras drogas (YEN, 1999; LANDRINE, 2000; GUTHRIE, 2002; GIBBONS, 2004).



Williams (2000) sugere que o racismo pode afetar a saúde mental de três formas: (1) o racismo nas instituições da sociedade pode resultar na dificuldade de mobilidade social, diferencial de acesso a recursos, precárias condições de moradia, fatores que podem afetar negativamente a saúde mental; (2) experiências de discriminação podem induzir alterações psicológicas/fisiológicas que podem afetar a saúde mental; (3) em sociedades socialmente racializadas a aceitação de estereótipos culturais negativos pode conduzir a desfavoráveis auto-avaliações que tem efeitos deletérios no bem-estar psicológico.

Gee (2006) aponta que a discriminação pode ser um importante preditor de desvantajoso status de saúde mental entre negros e imigrantes latinos nos EUA. Williams (1997) ressalta que são necessários estudos que identifiquem os complexos meios nos quais formas econômicas e não econômicas de relato de discriminação se combinam com posição socioeconômica e outros fatores de risco que afetam a saúde.

Baseada nas discussões de raça, racismo e epidemiologia, Jones (2001) traz importantes recomendações para pesquisadores em saúde pública, entre elas: vigorosa investigação das bases do racial associadas a diferenças no status de saúde, reconhecimento que raça é um constructo social e não biológico reconhecimento da diversidade dentro dos grupos sociais, reconhecimento da associação entre raça e classe social nos EUA como associação perpetuada pelo racismo institucional, reconhecimento da existência e dos impactos do racismo; partilhar com a comunidade o levantamento das questões, geração de hipóteses e dividir os achados com as comunidades envolvidas.

## **Considerações Finais**

A construção de um mundo mais justo e igualitário deve ter como uma das premissas básicas a superação das disparidades em saúde. Dessa forma, o conhecimento do processo histórico, social e ideológico de geração dessas disparidades, faz-se imprescindível diante da complexidade do fenômeno.

A literatura norte-americana sobre disparidades em saúde apresenta boas evidências sobre as diferenças no *status* de saúde baseados em diferenças de gênero, raça e *status* socioeconômico. As teorias/abordagens descritas nesse

trabalho permitiram uma melhor compreensão no entendimento das diferenças no processo saúde-doença entre grupos minoritários nos EUA.

Apresenta-se como uma limitação desse estudo a ausência de investigação sobre os fatores históricos, sociopolíticos e ideológicos presentes no processo de civilização americano e que determinaram a organização social do país. Essa compreensão faz-se necessária para o melhor entendimento de fatores certamente presentes na gênese das atuais disparidades em saúde nos EUA.

As teorias apresentadas nesse estudo apresentam algumas limitações que precisam ser superadas para uma melhor compreensão dos mecanismos de produção das disparidades em saúde.

A teoria do trauma histórico apresentou como limitação a falta de maiores evidências dos mecanismos de transmissão hereditária da memória do trauma dentre as gerações. Observa-se que a aproximação e incorporação de conhecimentos da Genética/Biologia Molecular poderia colaborar com o preenchimento dessa lacuna do conhecimento, consolidando essa teoria nos estudos de disparidades em saúde.

*Curso de Vida* e *Status Socioeconômico* são conceitos consolidados no estudo dos determinantes em saúde, mas algumas limitações precisam ser superadas para uma melhor utilização dessas teorias, entre elas: a falha de precisão da confiabilidade das medidas, dificuldade de coleta de dados de SES individuais, pobre correlação de medidas individuais de SES.

O reconhecimento que o racismo é uma fator gerador de disparidades em saúde é um fator primordial para a superação dos diferenciais em saúde entre grupos étnico/raciais nos EUA. Apesar das evidências empíricas encontradas em estudos epidemiológicos, a definição e teorização do racismo, a clareza da interação entre racismo-saúde e a caracterização do racismo como uma exposição que pode ser operacionalizada e mensurada são questões cruciais para a completa incorporação do racismo como importante determinante de saúde a ser melhor utilizado nos estudos de epidemiológicos.

Considerando-se as especificidades do Brasil, principalmente, o processo histórico de civilização e forma de organização sociopolítica baseada no sistema escravocrata, de dizimação indígena e exclusão social de minorias, as

teorias/abordagens apresentadas podem auxiliar nas pesquisas que buscam entender e superar as graves disparidades em saúde existentes no país.

## REFERÊNCIAS

ADLER, N. N. E.; NEWMAN, K. (2002). Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. **Health Affairs (Millwood, Va.)**, v. 21, n. 2, p. 60-76.

BRAVE HEART, MYH The return to the sacred path: Healing the historical trauma and historical unresolved grief response among the Lakota through a psychoeducational group intervention, *Smith College Studies in Social Work*, 1998, n. 68, v. 3, p. 278-305.

\_\_\_\_\_. Gender Differences in the Historical Trauma Response among the Lakota. **Journal of Health and Social Policy**, 1999, n. 10, v. 4, p. 1–21.

\_\_\_\_\_. Historical trauma theory and historical trauma and intervention research. Paper presented at the meeting of the Oregon. Social Learning Center, Lincoln City, OR, 2001, May.

\_\_\_\_\_. The Historical Trauma Response Among Natives and its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration. **Journal of Psychoactive Drugs**, 2003, n. 35, v. 1, p. 7–13.

BRAVE HEART-JORDAN, M., DEBRUYN, L.M. So she may walk in balance: Integrating the impact of historical trauma in the treatment of Native American Indian women. In J. adleman & G.Enguidanos (Eds.). *Racism in the lives of women: Testimony, theory, and guides to anti-racist practice*, 1995, New York: The Haworth Press, Inc., p.345-368.

BRAVEMAN, P. Health disparities and health equity: concepts and measurement. **Annu Rev Public Health**. 2006, v. 27, p. 167-194.

CHASE, J. The development of historical trauma theory and practice among the Lakota: Healing the Wounded Knee Massacre and beyond. Presentation at the meeting of the Takini Network, Santa Ana, NM, 2001, September.

CLARK, R.; ANDERSON, N. B.; CLARK, V. R.; Williams, D. R. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. **American Psychologist**, 1999, n. 54, 805–816.

DANIELI, Y. *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma*. New York: Plenum Press, 1998.

DE GRAFF, T. Mechanisms in the transgenerational transmission of (Grand) parental trauma to their descendants. Paper presented at the meeting of the Takini Network, Santa Ana, NM. 2001,

ERWIN, P. Health disparities in rural areas: The interaction of race, socioeconomic status, and geography. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, 2010, v. 21, n. 3, p. 931-945.

FARMER, M. M.; FERRARO, K. F. Are racial disparities in health conditional on socioeconomic status? **Social Science & Medicine**, 2005, v. 60, n. 1, p. 191-204.

FERRARO, K. F.; FARMER, M. M. Double jeopardy to health hypothesis for African Americans: Analysis and critique. **Journal of Health and Social Behavior**, 1996, v. 37, p. 27-43.

GALEA, S. Social determinants and the health of drug users: Socioeconomic status, homelessness, and incarceration. **Public Health Reports**, 2002, n. 117 (suppl 1), p. 135.

GIBBONS, F.X. et al. Perceived discrimination and substance use in African American parents and their children: a panel study. **J Pers Soc Psychol**. 2004, v. 86, p. 517-529.

GUTHRIE, B.J.; et.al. African American girls' smoking habits and day-to-day experiences with racial discrimination. **Nursing Research**. 2002; v. 51, n. 183-189.

HOWARD, G. et al. Race, socioeconomic status, and cause-specific mortality. **Annals of Epidemiology**, 2000, v. 10, n. 4, p. 214-223.

JAMES *et al.* Life-course Socioeconomic position and hypertension in African American Men: The Pitt County Study. **American Journal of Public Health**. 2006, v.96, n.5.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 2001, v. 55, p. 693-700.

KUH, D., BEN-SHLOMO, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., & Power, C. Life course epidemiology. **Journal of Epidemiology and Community Health**, 2003, v. 57, n. 10, p. 778.

LANDRINE, H.; KLONOFF, E.A. Racial discrimination and cigarette smoking among blacks: findings from two studies. **Ethnic Disparities**. 2000, v. 10, n. p. 195-202.

LANTZ, P. P. M. The influence of race, ethnicity, and individual socioeconomic factors on breast cancer stage at diagnosis. **American Journal of Public Health**, 2006, v. 96, n. 12, p. 2173-2178.

LONDON, A. S. A.; Myers N.A. Race, incarceration, and health: A life-course approach. **Research on Aging**, 2006, v. 28, n. 3, p. 409-422.

LU, M; HALFON, N. Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. **Maternal and Child Health Journal**, 2003, v. 7, n. 1, 2003.

MATY, S. C. S. Life-course socioeconomic position and incidence of diabetes mellitus among blacks and whites: The alameda county study, 1965-1999. **American Journal of Public Health**. 2010, v. 100, n. 1, p. 137-145.

MCDONOUGH, P. Gender and the socioeconomic gradient in mortality. **Journal of Health and Social Behavior**, 1999, v. 40, n. 1, p. 17.

MIECH, R. A.; SHANAHAN, M. J. Socioeconomic status and depression over the life course. **Journal of Health and Social Behavior**, 2000, v. 41, n. 2, pp. 162-176.

MOSS, N. E. Gender equity and socioeconomic inequality: A framework for the patterning of women's health. **Social Science & Medicine**. 2002, v. 54, n. 5, p. 649.

MOSSAKOWSKI, K N. Dissecting The Influence of Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status on Mental Health in Young Adulthood. **Research on aging**, 2008, v. 30, n. 6.

NEWACHECK, P W. et al. Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children. **Arch pediatr Adolesc. Med.** 2003, v. 157.

NORRIS, K. K. Race, gender, and socioeconomic disparities in CKD in the United States. **Journal of the American Society of Nephrology**, 2008, v. 19, n. 7, p. 1261-1270.

PARADIES, Y.Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. **Int. J. Epidemiol**, 2006, 35, 4, 888-901.a

PEARLIN, L. L. I. Stress, health, and the life course: Some conceptual perspectives. **Journal of Health and Social Behavior**, 2005, v. 46, n. 2, p. 205-219.

SHAVERS, V. L. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. **Journal of the National Medical Association**, 2007, v. 99, n. 9, p. 1013.

SHUEY, K. K. M. Cumulative disadvantage and black-white disparities in life-course health trajectories. **Research on Aging**, 2008, v. 30, n. 2, p. 200-225.

SOTERO, M. M. A conceptual model of historical trauma: Implications for Public Health practice and research. **Journal of Health Disparities Research and Practice**. 2006, v. 1, n.1, p. 93-108.

STEWART, A. L. A. Race/Ethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. **Journal of Health Psychology**, 2007, v. 12, n. 2, p. 285-300.

VAN DE MHEEN, H. H. D. A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: The influence of childhood socioeconomic conditions and selection processes. **Sociology of Health & Illness**, 1998, 20(5), 754-777.

WETHINGTON E. An overview of the life course perspective: implications for health and nutrition. **J Nutr Educ Behav**. 2005, v. 37, p. 114-119.

WHITBECK, L. B.; Adams, G. W.; Hoyt, D. R.; Chen, X.. Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. **American Journal of Psychology**, 2004, v. 33, n. 3/4, p. 119-130.

WILLIAMS, D. D. R. Social sources of racial disparities in health. **Health Affairs (Millwood, Va.)**, 2005, v. 24, n. 2, p. 325-334.

WILLIAMS, D. R. The concept of race in health services research: 1966 to 1990. **Health Services Research**, 1994, v. 29, v. 3, p. 26.

WILLIAMS, D.D.R. Racial differences in physical and mental health: Socioeconomic status, stress and discrimination. **Journal Health Psychol**.1997, v. 2, p. 335.

WILLIAMS, D.D.R. Racism and mental health: The african american experience. **Ethnicity & Health**, 2000, v. 5, n. 3, p. 243-268.

YEN I.H. et al. Workplace discrimination and alcohol consumption: findings from the San Francisco Muni Health and Safety Study. **Ethnic Disparities**. 1999, v. 9, p. 70-80.

### 3.2 MANUSCRITO DO ARTIGO 02

**Manuscrito do Artigo 2**

**CARACTERIZAÇÃO DA MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA**

**Characterization of the morbidity due to external causes in Feira de Santana**

Roberto dos Santos Lacerda <sup>1</sup>  
Edna Maria de Araújo<sup>2</sup>

**Instituição:** Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS / Departamento de Saúde - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva - PPGSC; Núcleo Interdisciplinar de Estudos Sobre Desigualdades em Saúde- NUDES/UEFS

**Endereço para correspondência:** Roberto dos Santos Lacerda. Rua Barão de Cotegipe, 1715, Centro. Feira de Santana-BA. CEP: 4410-030

*Projeto financiado pela FAPESB*

---

<sup>1</sup> Mestrando em Saúde Coletiva PPGSC/UEFS, bolsista CNPq. e-mail: [robertosl3@hotmail.com](mailto:robertosl3@hotmail.com)

<sup>2</sup>Prof<sup>ª</sup>. Adjunta - UEFS, Doutorado em Saúde Pública – ISC/UFBA, Professora do PPGSC. Coordenadora NUDES/UEFS, e-mail: ednakam@gmail.com



## RESUMO

O fenômeno do aumento da violência em todo o mundo vem se configurando como um importante desafio a ser enfrentado pelos países e despertando o interesse de pesquisadores de diversas áreas inclusive da Saúde Coletiva. Para analisar a morbidade violenta em Feira de Santana (BA) segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos, foi realizado estudo transversal com o universo de casos que apresentaram lesões corporais e foram atendidos pelo Departamento de Polícia Técnica do município, no período de 2006 a 2008. No período analisado foram registrados 4158 casos de lesão corporal, sendo o perfil das vítimas marcado pela maior vitimização de homens (52,8%), jovens de 20 a 29 anos (34,5%) solteiros (as) 63,4%, com apenas ensino fundamental completo (52,6%), religião católica (79,2%) e naturais de Feira de Santana (62,7%). As agressões foram a principal causa de lesões (73,2%) dos casos, sendo mais frequente entre as mulheres (86,4%). Espancamento foi o tipo de agressão presente em 62,9% das ocorrências. Socos, tapas e chutes foram o meio de agressão utilizados em 47,1% dos casos de agressão. Conflitos familiares foram a motivação em 50,3% das agressões. Quanto aos agressores 75,9% eram homens, 81,7% tinham relação com a vítima, sendo o esposo (a) /companheiro (a) responsável por 22,7% dos casos. Pode-se observar que a violência contra a mulher praticada por parceiro íntimo apresenta importante contribuição na morbidade por causas externas em Feira de Santana. Considera-se que os resultados desse estudo, corroborando com a literatura, evidenciam a necessidade de (re) construção de uma sociedade menos violenta, o que demanda esforço dos indivíduos e das instituições na tentativa de consolidação de uma cultura de paz e não violência.

**Palavras-chave:** Morbidade, causas externas, violência, agressões.

## ABSTRACT

The phenomenon of increased violence around the world, has emerged as an important challenge to be faced by countries and attracting the interest of researchers from diverse fields including the Public Health. To analyze the violence in Feira de Santana (BA) according to the profile of victims, perpetrators and circumstances of violent acts, it was developed a cross-sectional study with the universe of cases of personal injury serviced by the Technical Police Department of the city during the period 2006 to 2008. During the period analyzed were recorded 4158 cases of body injury and the victims profile marked by greater of men (52.8%), youth from 20 to 29 years (34.5%), single (63.4%), with only elementary education (52.6%), catholic (79.2%) and natural from Feira de Santana (62.7%). The assaults were the main cause of injuries (73.2%), mainly among women (86.4%) and beating (62.9%) the most common type of aggression. Punches, slaps and kicks were the most common means of assault (47.1%). Family conflict were the main reason for aggression (50.3%). About the perpetrators 75.9% were men, 81.7% had relationship with the victims and the intimate partner accounts for 22.7% of case. It can be observed that violence against women by intimate partner presents an important contribution in morbidity due to external causes in Feira de Santana. It is understood that the results of this study, corroborating with the literature, demonstrate the need for (re) construction a less violent society, which demands effort of individuals and institutions in an attempt to consolidate a culture of peace and non violence.

**Key words:** Morbidity, external causes, violence, aggression

## INTRODUÇÃO

O fenômeno do aumento da violência em todo o mundo vem se configurando como um importante desafio a ser enfrentado pelos países e despertando o interesse de pesquisadores de diversas áreas inclusive da Saúde Coletiva, que tem buscado investigar e explicar os fatores determinantes desse complexo problema (WHO, 2002; Brasil, 2005; SCHRAIBER, 2006; MINAYO, 2007).

A magnitude e intensidade da violência no Brasil podem ser observadas nos indicadores epidemiológicos e criminais, que conferem ao país taxas de morbimortalidade até maiores do que as observadas em países em guerra. Essa escalada de crescimento nas taxas de mortalidade por causas externas foi observada desde a década de 1980 quando passou de 59,0 mortes por 100 mil habitantes para 72,5 em 2002 (SOUZA & LIMA, 2007). A estimativa global de mortes violentas em 2000 foi de 28,8 por 100 mil habitantes, variando entre 14,4 em países de renda alta e 32,1 em países de renda baixa e média (DAHLBERG & KRUG, 2007). No mesmo ano, no Brasil, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representou 12,5% do total de mortes (GAWRYSZEWSKI *et. al*, 2004) sendo a taxa de 69,7 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2005).

A tendência de crescimento da mortalidade por violência é um problema enfrentado principalmente por estados e cidades das regiões Norte e Nordeste do país, como revela estudo de Waiselfisz (2011) que mostra que os estados do Maranhão, Bahia e Pará, tiveram crescimento na taxa de mortalidade por homicídios de entre 1998 e 2008 de 367%, 280%, 222% respectivamente. Esse mesmo estudo revela que entre os 20 municípios mais violentos do Brasil, 15 são das regiões Norte e Nordeste.

As taxas de mortes violentas representam apenas a ponta do *iceberg*, visto que a magnitude da violência não letal é ainda muito maior devido a grande subnotificação de casos, além da escassez de estudos utilizando dados de morbidade (HOLDER, 2001). No ano de 2000 foram registrados 15 casos de lesões intencionalmente provocadas para cada homicídio na cidade de Salvador (NORONHA, 2003), já Minayo (2003) relata que entre os no Brasil, para cada 1 homicídio de pessoa jovem há entre 20 e 40 vítimas não fatais sofrendo violências e outras agressões não fatais e recebendo tratamento hospitalar (MINAYO, 2003).

Sabe-se que o perfil das causas externas difere quando visto através da mortalidade e da morbidade (GAWRYSZEWSKI, 2004). Já é bem documentado na literatura que o perfil da mortalidade por causas externas no Brasil é caracterizado por maior ocorrência entre homens, jovens, negros e com baixo status socioeconômico.

Acerca da violência não letal, os estudos existentes mostram um predomínio de vítimas jovens e do sexo masculino (GAWRYSZEWSKI, 2004; MELIONE, 2008; GAWRYSZEWSKI, 2008). Isso pode indicar que os homens jovens, além de apresentarem maior risco de serem vítimas de causas externas, também apresentam lesões mais graves, tendo em vista que os estudos utilizam dados de internações hospitalares. Outro fato a ser considerado é relativo aos casos de agressão contra a mulher, criança/adolescente e idosos, que muitas vezes é praticado por pessoas conhecidas e residentes no mesmo domicílio que a vítima fazendo com que a mesma não forneça informações verdadeiras sobre a causa da lesão.

A magnitude do problema da violência revela a importância de se compreender o problema, para além das informações produzidas pelos dados de mortalidade, e a necessidade de se dispor de informações relativas às causas e circunstância de ocorrência do evento. Essas informações, dificilmente são disponibilizadas por estudos de violência não letal, já que a maioria desses estudos no Brasil utiliza dados de internações hospitalares oriundos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que é um instrumento financeiro a serviço mais do faturamento do que da vigilância epidemiológica.

O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar a morbidade por causas externas em Feira de Santana, Bahia, com ênfase no perfil das vítimas, características do agressor e circunstâncias de ocorrência do evento.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo transversal com coleta retrospectiva de dados. A população de estudo foi o universo de vítimas de lesões por causas externas encaminhadas para exame de lesões corporais (*corpo de delito*) no Departamento de Polícia Técnica (DPT) do município de Feira de Santana-BA, no período de 2006 a 2008. O laudo de exame de *corpo de delito* foi escolhido por conter informações referentes à vítima, circunstâncias do evento e nos casos de agressão possuir informações sobre o agressor.

O Município de Feira de Santana é o segundo maior do estado da Bahia e está situado na região norte do estado, contando com uma população de 556.576 habitantes e taxa de urbanização de 91,7% no ano 2010 (IBGE, 2010). É altamente industrializado em sua zona urbana, com intenso tráfego urbano e regional, sendo considerado o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil.

Para análise da morbidade por causa externa foi considerado *caso de lesão por causa externa* todo laudo de atendimento resultante de exposição aguda a uma força externa ou substância, afogamentos, incluindo as lesões físicas não intencionais e aquelas relacionadas com violências e com intencionalidade indeterminada, definição recomendada pela OMS (HOLDER, 2001). Buscou-se trabalhar com o máximo número possível de casos, mas foram excluídos os que não tinham definição sobre o tipo de causa externa que provocou a lesão.

Os tipos de causas externas foram classificados conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10<sup>a</sup> revisão (CID-10) (OMS, 1995) que no seu capítulo XX agrupa as causas externas de morbimortalidade.

Os agravos analisados foram agrupados em três grupos de causas: (1) acidente de transporte, código V01-V99, que enquadra acidentes como colisão, atropelamento e demais acidentes de transporte; (2) agressões, código X85-Y09 (espancamento, tentativa de homicídio, enforcamento, violência/abuso sexual, demais agressões físicas) e demais acidentes, código W00-X59 (quedas, queimaduras, acidentes de trabalho, envenenamentos e afogamentos).

Para o estudo da violência intencional foram analisados apenas os casos no grupo das agressões, visto que esse é o único grupo que a intencionalidade do ato violento é bem definida.

Para coleta de dados utilizou-se o instrumento elaborado por Araújo (2007) denominado “Ficha de Investigação de Lesões Corporais em Feira de Santana”,

(Anexo B). Para a finalidade desse estudo, as variáveis selecionadas foram: (1) perfil sociodemográfico da vítima (sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, religião, grau de instrução, local de residência), (2) relativas ao agressor (sexo, existência de relação com a vítima e tipo de relação) e (3) relativas ao evento (tipo de causa externa, local de ocorrência, mês de ocorrência, motivo da agressão, instrumento usada para causar lesão).

Foi desenvolvido um aplicativo para entrada, organização e análise dos dados obtidos utilizando-se o Software Statistical Package For The Social Sciences (SPSS) versão 15. A análise dos dados baseou-se principalmente em frequências absolutas, relativas, e razões.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o registro de protocolo número 082/2009 (Anexo 1).

## **RESULTADOS**

Estes resultados correspondem ao universo de 4.158 atendimentos de exame de corpo de delito decorrentes de causas externas entre 2006 e 2008 em Feira de Santana-BA. No ano 2006 foram registrados 1297 casos (31,2%); 2007 apresentou o maior número de ocorrências (1499), o que representou 36,0% dos casos e no ano 2008 foram registrados 1362 casos (32,8%) (figura1).

A principal fonte de informação dos laudos foi o boletim de ocorrência (99,6%), seguido pela família da vítima (0,3%) e hospital (0,1%).

A Tabela 1 mostra a distribuição das características das vítimas, sendo possível observar o predomínio masculino, que concentrou 52,8% (2194 casos). As mulheres foram vítimas em 47,2% dos atendimentos (1962 casos). A razão entre sexos no geral foi de 1,1 para o sexo masculino. Nos acidentes de transporte essa razão foi 3,3:1 também para o sexo masculino (Tabela 2). A média de idade das vítimas foi 30,4 anos com desvio padrão de  $\pm 13,2$  anos. A distribuição segundo faixa etária mostrou que os adultos jovens nas faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos concentraram os maiores percentuais de casos com 34,5% e 23,8% respectivamente. A análise por causa específica evidenciou que as violências

intencionais (agressões) foram mais frequentes entre pessoas de 10-19 anos com 86,6% das ocorrências nesse grupo etário. (Figura 3).

Em relação às demais características que permitem traçar o perfil das vítimas, observou-se um predomínio de pessoas solteiras (63,4%), de raça/cor de pele parda (87,0%), escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo (52,6%), religião católica (79,7%) e naturais de Feira de Santana (62,7%).

### **Tipo de causa externa e circunstâncias do evento**

Quanto à distribuição de casos segundo tipo de causa externa, sexo e razão de masculinidade (Tabela 2), em 2,7% dos casos não havia informação sobre o tipo de causa externa. A análise dos casos segundo os três grupos de causas externas mostrou que as agressões foram as mais frequentes (73,2%); seguindo-se os acidentes de transporte (25,9%) e demais acidentes (0,9%). A razão de sexos mostrou um predomínio do sexo masculino no grupo de acidentes de transporte com 3,1 homens para cada 1 mulher, enquanto nos demais grupos de causas (demais acidentes e agressões) houve maior concentração entre as mulheres, com razão de 1,3 mulheres para cada homem nos dois grupos.

Pode-se observar que 89% dos casos ocorreram na zona urbana do município, tendo sido a via pública (62%) o principal local de ocorrência (figura 1). Quanto ao mês de ocorrência, os meses de março (12,3%) e abril (10,3%) foram os que apresentaram maiores concentrações de casos.

### **Perfil do Agressor**

Foram encontradas informações sobre o sexo do agressor em 63,7% dos casos. Destes, houve um predomínio de agressores do sexo masculino (75,9%). Existia relação anterior entre vítima e agressor em 81,7% dos casos, sendo o (a) parceiro (a) íntimo (a) responsável por 22,7% das agressões (Tabela 3).

### **Características da agressão**

Ao analisar as características da agressão (Tabela 4), observou-se que 62,9% das vítimas sofreram espancamento, 10,6% foram vítimas de tentativa de homicídio,

0,7% foram vítimas de violência sexual (abuso, estupro, atentado ao pudor), e 25,8% foram vítimas de outros tipos de agressão física, entre elas: pedradas, mordedura humana, garrafadas, chicotadas, etc.

Sobre o motivo da agressão, foram encontradas informações em apenas 18,4% (766) dos casos, tendo como principais: ação policial/intervenção legal (28,9%); discussão em família (21,5%) e discussão por ciúmes (18,3%).

Socos/tapas/chutes (47,1%), foram o principal meio para produção da lesão. As armas brancas foram utilizadas em 7,4% dos casos e as armas de fogo em 5,6%.

## **DISCUSSÃO**

Algumas limitações do estudo devem ser consideradas na análise dos resultados, já que os atendimentos de exame de corpo de delito não retratam toda a morbidade por causas externas. Há grande dificuldade de (re) conhecimento sobre uma gama significativa de formas de violência por parte da sociedade e, conseqüentemente, por suas instituições, como é o caso de certas expressões de violência contra crianças, mulheres e idosos, que permanecem desconhecidos. Nesses casos a relação com o agressor que na maioria dos casos é conhecido da vítima, reduz o número de denúncias mantendo esses casos invisíveis.

Outra limitação inerente a esse estudo está relacionada à qualidade da informação, tendo em vista o mau preenchimento dos formulários, principalmente, o boletim de ocorrência, que deixa de informar dados imprescindíveis ao esclarecimento dos eventos violentos, não só pela precariedade da investigação, como também por desinteresse, descaso, péssimas condições de trabalho e o despreparo dos profissionais responsáveis pelo preenchimento com relação à importância da própria atividade que realizam (NAJAYNE, 1997).

O caráter inédito desse estudo apresentou-se como um fator limitante de comparabilidade e confronto dos resultados com outros estudos sobre violência que tenham utilizado fonte de dados ou metodologia semelhante.

O aumento dos casos de morbidade violenta é um fato que pode ser observado nesse estudo, principalmente, entre os anos de 2006 e 2007 quando observamos um aumento de 15,5% dos casos. Esse aumento em 2007 foi caracterizado por uma maior ocorrência de casos entre mulheres, fato que pode estar diretamente relacionado à promulgação da Lei 11.340, mais conhecida com Lei



Maria da Penha, no final de 2006 o que deu mais visibilidade a temática da violência contra a mulher, motivando o aumento do número de denúncias.

A predominância de vítimas do sexo masculino nos atendimentos decorrentes de causas externas encontrada nesse trabalho é compatível com o panorama da morbimortalidade por causas externas no Brasil e no mundo, conhecidamente marcado pela superioridade de casos entre os homens e jovens. Alguns autores apontam que as relações estabelecidas entre masculinidade e juventude podem redundar em atos violentos, visto que esses sujeitos podem ser influenciados pelo modelo hegemônico de masculinidade, associado à dominação e ao ser forte. Os jovens, de um lado, passam a dominar aqueles que julgam mais “fracos” (mulheres, outros homens) e, de outro lado, se expõem a riscos, comprometendo a sua saúde ou vida e dos outros (NASCIMENTO et al, 2009).

A razão de masculinidade desse estudo é bem inferior quando comparado a outros estudos de causas externas, como os de Moraes (2003) em São Luís (MA) e Gawryszewski (2004) no Brasil, que utilizaram dados de mortalidade e encontraram taxa de masculinidade de 4,7:1 e 5,2:1 respectivamente. Os estudos de Melione (2008) em São José dos Campos (SP) com razão de 3,1:1, e Gawryszewski (2008) no estado de São Paulo razão de 1,4:1 utilizaram dados de internações hospitalares. Esse equilíbrio de gênero observado em nosso estudo é decorrente da maior gravidade das lesões entre os homens, que quando não levam a óbito, demandam internamento hospitalar.

A análise de tipo de causa externa e sexo mostra predomínio masculino apenas no grupo de acidentes de transporte com 3,1:1 de razão de masculinidade, o que difere de outros estudos (MELIONE,2008; GAWRYSZEWSKI, 2004;FILHO, 2007) que mostram predomínio masculino também nos casos de agressão e demais acidentes.

O perfil das vítimas de acidente de transporte encontrado nesse estudo é semelhante ao padrão nacional e internacional de morbimortalidade, caracterizado pelo maior envolvimento de pessoas jovens e do sexo masculino (MARÍN, 2000).

O predomínio feminino entre as vítimas de agressão e masculino entre os agressores, confirma que um fator preponderante é a relação de poder que o homem tem sobre a mulher e que lhe dá o “direito” de agredi-la por qualquer motivo (ANDERSON, 1997, LIMA, 2004). O agressor foi alguém que a vítima mantém ou manteve uma relação íntima – marido, companheiro e/ou namorado (23% das

relações atuais e 10% de relações passadas), valores inferiores aos encontrados por Araújo (2004) que analisando denúncias de agressão na Delegacia da Mulher no estado de São Paulo observou que 46% dos agressores eram possuíam relações atuais e 23% parceiros de relações passadas.

Além das lesões, a violência contra mulher praticada por parceiro íntimo está relacionada ao aumento de problemas da saúde da mulher, como: dor crônica, problemas gastrointestinais e ginecológicos, inclusive doenças transmissíveis, depressão e estresse pós-traumático (CAMPBELL, 2002).

Quanto à faixa etária das vítimas, os resultados desse estudo são semelhantes aos estudos de mortalidade e internações hospitalares por causas externas, que apresentam maior ocorrência na faixa etária de 20 a 29 anos (WAISELFISZ,2011). Nos casos entre crianças e adolescentes, que representam aproximadamente 20% dos casos e da violência contra o idoso 3,9%, pode-se supor que esse problema tem maior magnitude já que a condição de vulnerabilidade física e social e a proximidade com o agressor dificultam a denúncia e o conhecimento de boa parte desses casos.

As agressões contra criança e adolescentes, responsáveis por 71% dos casos entre vítimas de 0 a 9 anos e 86,6% dos casos entre 10 e 19 anos, estão relacionadas ao fenômeno caracterizado como ciclo de violência, que confere às vítimas maior propensão quando adultas à delinquência, criminalidade e comportamento violento, quando comparadas a crianças que não sofreram violência. (WIDOM, 1989).

Outro aspecto importante na descrição do perfil das vítimas de violência, diz respeito às disparidades raciais encontradas, que mostraram que 96% das vítimas eram negras (87% pardas e 9% pretas). Esse fenômeno, também é observado em estudos de mortalidade no Brasil (BATISTA,2005;CHOR,2005; LOPES,2005;ARAÚJO, 2009) e também nos EUA (SAMPSON *et al.* 2005;MACNULTY, 2003, WEST 2004). Esses estudos ampliam a análise desse fenômeno para além das causas em nível individual, demonstrando a relação e importância dos contextos estruturais no entendimento das disparidades raciais na morbimortalidade por violência.

Pobreza e indigência, má distribuição de renda, desemprego, baixa escolaridade e más condições de habitação são alguns fatores de risco para violência que são muito mais marcantes entre os negros no Brasil (HENRIQUES,

2001). Esses fatores implicam em desvantagem cumulativa ao longo da vida das pessoas e através de gerações mantendo a vulnerabilidade alta entre a população negra.

Os motivos da agressão são os mais variados. Em 39,8% dos casos resultou de discussões motivadas por problemas familiares, ciúme, ameaça de separação, questões relacionadas aos filhos, etc. Outro motivo importante encontrado nesse estudo foi a ação policial/intervenção legal que motivou 28,9% das agressões no período. Apesar do caráter “legal” de muitas das ocorrências policiais que resultaram em lesões corporais, Caldeira (2000) destaca que existe no Brasil certa tolerância à manipulação dos corpos, fazendo com que ações violentas sejam legitimadas para punir supostos criminosos e categorias sociais tidas como perigosas ou passíveis de controle. Esse quadro em que a desigualdade na efetivação dos direitos sociais e econômicos se sobrepõe diretamente à violação de direitos é visto por Ruotti (2009) como um fator de intensificação do ciclo de violência.

O motivo da agressão foi a informação de pior qualidade encontrada nesse estudo, presente em apenas 18,4% dos casos, o que dificultou o esclarecimento das circunstâncias do evento.

O uso da violência como forma de resolução de conflitos entre pessoas conhecidas, pode ser evidenciado, além da relação entre vítima e agressor, quando analisado o tipo de agressão, sendo o espancamento a forma mais freqüente e os socos/chutes/tapas o principal meio para produção da lesão/agressão. Outra característica que demonstra o uso banalizado da violência foi o uso de instrumentos/meios incomuns, provavelmente disponíveis no momento do conflito, entre eles: aparelho celular, controle de televisão, chave, capacete, cadeado, água quente, alicate de unha, chicote, cadeira, capa de DVD, copo de vidro, etc.

Um dado que chama atenção na análise do tipo de agressão é o baixo número (20 casos) de ocorrências registradas de violência sexual durante o período. Dados de Assis & Souza (1995) mostram que, em 35% dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes no Rio de Janeiro não foi efetuado nenhum tipo de exame pericial para investigar a veracidade do fato. Soma-se a isso o sentimento de medo e o tratamento discriminatório que as vítimas de violência sexual sofrem por parte das instituições que deveriam prestar-lhes assistência, agravando ainda mais o sofrimento destas e contribuindo para a invisibilidade desses casos.

A produção de conhecimento das circunstâncias do evento, que é de extrema importância para a elaboração de políticas e programas de prevenção, teve como principal barreira o mau preenchimento do boletim de ocorrência, que foi fonte de informação em 96% dos casos analisados nesse estudo.

Njaine et al. (1997) em estudo realizado no Rio de Janeiro chama atenção às elevadas proporções de “sem informação”, presente em 15% para variável instrumento usado na lesão, 35% para sexo do agressor e 55% para relação vítima/agressor. Em nosso estudo foram encontrados para essas variáveis 12%, 36% e 44% de “sem informação” respectivamente, o que demonstra a necessidade de melhoria na qualidade do preenchimento do boletim de ocorrência policial.

## **CONCLUSÃO**

Considera-se que os resultados desse estudo evidenciam a necessidade de (re) construção de uma sociedade menos violenta, o que demanda esforço dos indivíduos e das instituições na tentativa de consolidação de uma cultura de paz e não violência.

Caracterizada como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, tanto pela sua magnitude, como pelos altos custos econômicos e sociais que impõe ao país, a violência é um tema que precisa ser melhor pesquisado pela Saúde Coletiva, tendo em vista o pequeno número de estudos no Brasil que procurem investigar a conexão entre o evento - morte ou lesão – e o perfil da vítima (gênero, faixa etária, local de moradia, condições de vida, ocupação, orientação sexual, raça/etnia, etc.) além das circunstâncias de ocorrência do evento (local de ocorrência, motivo da agressão, instrumento usado, etc.).

Torna-se imprescindível e urgente o aperfeiçoamento e melhoria na qualidade da informação gerada pelo boletim de ocorrência policial e no laudo do exame de corpo de delito, que privilegiam informações sobre as consequências dos atos violentos. Informações sobre o perfil da vítima e do agressor bem como das circunstâncias do evento, que são negligenciadas nos registros, são de extrema importância para o melhor conhecimento da violência, principalmente, na elaboração de políticas públicas que enfoquem a prevenção e sejam especialmente direcionadas aos grupos mais vulneráveis.

A prática democrática de enfrentamento da violência precisa ser respaldada por políticas públicas de prevenção e promoção da saúde. Para tanto é imprescindível a união dos Ministérios da Saúde e da Justiça na busca de um sistema integrado de informações sobre a violência, bem como da implantação de um programa prioritário de combate à violência e valorização da vida.

**Tabela 1 Características sociodemográficas das vítimas de lesões por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008.**

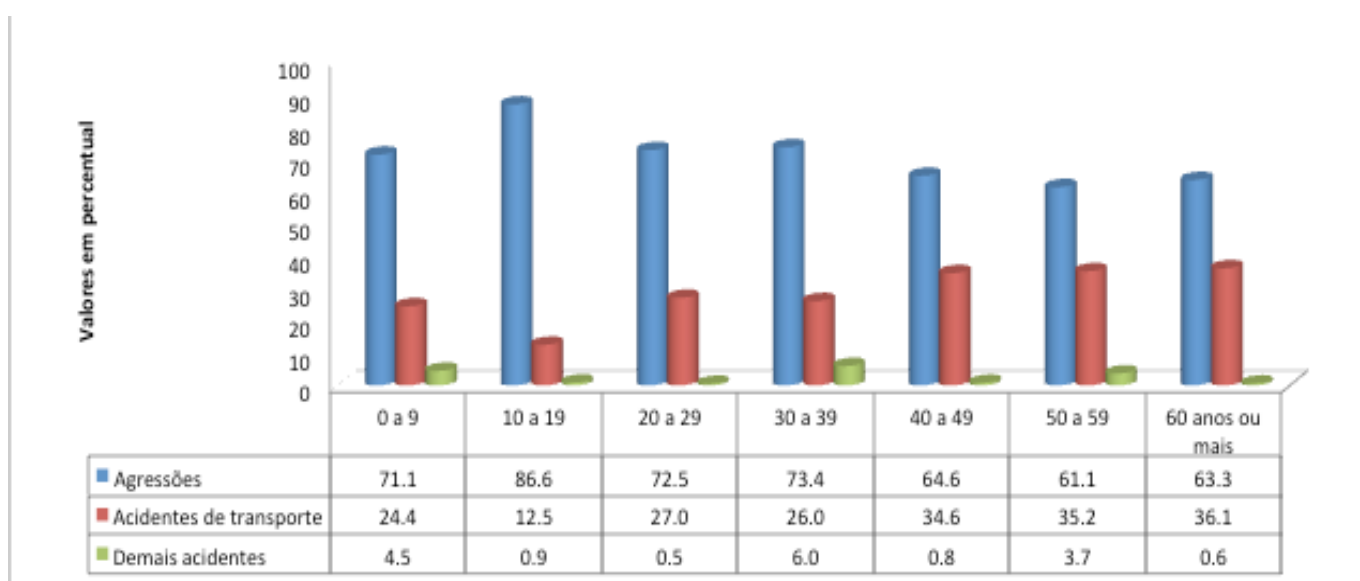
<b>Características sociodemográficas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (n=4156)</b>		
Masculino	2194	52,8
Feminino	1962	47,2
<b>Idade(n=4157)</b>		
<10 anos	93	2,2
10 a 19 anos	723	17,4
20 a 29 anos	1435	34,5
30 a 39 anos	990	23,8
40 a 49 anos	533	12,8
50 a 59 anos	221	5,3
60 e mais	162	3,9
<b>Estado Civil* (n=4075)</b>		
Solteiro(a)	2584	63,4
Casado(a) /Uniãoestável	1064	26,1
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	168	4,1
Menor de idade	259	6,4
<b>Raça/cor de pele (n=4118)</b>		
Branca	157	3,8
Parda	3582	87,0
Preta	376	9,1
Amarela	2	0,0
Indígena	1	0,0
<b>Escolaridade(n=3698)</b>		
Analfabeto	118	3,2
Alfabetizado/pré-escolar	56	1,5
Ensino Fundamental (1º a 8º série)	1945	52,6
Ensino Médio (1º ao 3º ano)	1409	38,1
Ensino superior	170	4,6
<b>Religião (n=3039)</b>		
Católica	2421	79,7
Protestante	577	19,0
Espírita/candomblé/ateu/outra	41	1,3
<b>Naturalidade (4126)</b>		
Feira de Santana	2587	62,7
Outra	1539	37,3

**Tabela 2. Distribuição dos atendimentos decorrentes de causas externas segundo tipo de causa, sexo e razão de masculinidade, Feira de Santana (BA), 2006 - 2008.**

Tipo de causa	Masculino		Feminino		Total		Razão de masculinidade
	n	%	n	%	n	%	
Acidente de transporte	807	38,5	242	12,5	1049	25,9	3,3:1
Demais acidentes*	15	0,7	21	1,1	36	0,9	0,7:1
Agressões	1277	60,8	1682	86,4	2959	73,2	0,7:1
<b>Total</b>	<b>2099</b>	<b>100,0</b>	<b>1945</b>	<b>100,0</b>	<b>4044</b>	<b>100,0</b>	<b>1,1:1</b>

\*Quedas, acidentes de trabalho, envenenamentos, queimaduras, afogamentos.

**Figura 2. Distribuição das vítimas de lesões corporais por tipo e faixa etária, Feira de Santana (BA), 2006-2008.**



**Tabela 3. Características dos agressores e relação com a vítima de lesão por causa externa em Feira de Santana (BA), 2006-2008.**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo do agressor (n=2652)</b>		
Masculino	2014	75,9
Feminino	638	24,1
<b>Relação anterior com a vítima (n=2345)</b>		
Sim	1916	81,7
Não	429	18,3
<b>Relação vítima-agressor (n=2172)</b>		
Espos(a)/companheiro(a)*	493	22,7
Pai/mãe	54	2,5
Padrasto/madrasta	25	1,1
Irmão(a)	78	3,6
Tio(a)/primo(a)	23	1,1
Namorado(a)	41	1,9
Ex-espos(a) /ex-companheiro(a)	220	10,1
Vizinho(a)	126	5,8
Colega de escola	38	1,7
Conhecido(a)	866	39,9
Outros	208	9,6

- Companheiro(a) corresponde a união estável



**Tabela 4. Características da agressão segundo tipo, motivo e instrumento usado para causar a lesão em Feira de Santana (BA), 2006-2008.**

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de agressão (n=2980)</b>		
Espancamento	1875	62,9
Tentativa de homicídio	317	10,6
Violência sexual	20	0,7
Outros tipos de agressão física	768	25,8
<b>Motivo da agressão (n=766)</b>		
Discussão por bebida ou drogas	06	0,8
Discussão no trânsito	05	0,6
Discussão em família	165	21,5
Discussão com vizinho(a)	60	7,8
Discussão por ciúme	140	18,3
Ação Policial*	221	28,9
Vítima de Assalto/sequestro	12	1,6
Violência ou Abuso Sexual	20	2,6
Outros	137	17,9
<b>Instrumento ou meio usado na produção da lesão (2605)</b>		
Arma Branca	192	7,4
Arma de fogo	145	5,6
Pedaço de madeira	142	5,5
Barra de ferro	30	1,1
Socos/chutes/tapas	1228	47,1
Pedra	99	3,8
Outros	769	29,5

\* Intervenção legal

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E.M., COSTA, M.C.N.; HOGAN, V.K; MOTA, E.L.A.; OLIVEIRA, N.F.; Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. **Rev. Saúde Pública**, 2009, v. 43, n. 3, p.405-12.

ARAÚJO, M.F; MARTINS, E.J.S.; SANTOS, A L. Violência de gênero e violência contra a mulher. In Araújo, M.F.; Mattioli, O (orgs.) **Gênero e Violência**, 2004, São Paulo: Arte & Ciência, p.17-35.

ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do Município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**, 1995, n. 71, p. 303-312.

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, v. 10, n. 1, p. 71-80.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, 2005.

CALDEIRA, T.P.R. **Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo**. São Paulo: Edusp; 2000.

CAMPBELL, JC. Health consequences of intimate partner violence. **The Lancet**, 2002, v. 359.

CHOR, D., LIMA, CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2005, v. 21, n. 5, set-out.,p. 1586-1594.

DAHLBERG, L.L.;KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**,2007, v. 11 (Sup), n.1162-1178.

FILHO, A.M.S.*et al.* Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2007, v. 16, n. 1, p. 7-18.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; KOIZUMI, M.S.; MELLO JORGE, M.H.P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, 2004, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, jul-ago, p. 995-1003.

\_\_\_\_\_ *et al.* Atendimento de emergência por lesões decorrentes de causas externas: características das vítimas e local de ocorrência, Estado de São Paulo, Brasil, 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, 2008, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, mai, p. 1121-1129.

HENRIQUES, R. **Desigualdade racial no Brasil: Evolução das condições de vida na década de 90**.Textos para discussão IPEA, 2001.

HOLDER Y, P. M; KRUG, E.; LUND, J.; GURURAJ, G.; KO- BUSINGYE, O. Injury surveillance guidelines. Geneva: **World Health Organization**, 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informações sobre as cidades. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow>>. Acesso em 10/01/2011.

KRUG, E.G., DAHLBERG, L.L.; MERCY, J.A., ZWI, A.B.; LOZANO, R. World report on violence and health. Geneva: **World Health Organization**, 2002.

LIMA, D.C.; BUCHELE, F. CLÍMACO, D.A. Homens, Gênero e Violência contra a mulher. **Saúde Soc.** 2008, São Paulo, v.17,n.2, p. 69-81.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2005, v. 21, n. 5, set-out., p. 1595-1601.

MACEDO, A.C. *et al.* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2001, v. 35, n. 6, p. 512-522.

MARÍN, L., QUEIROZ, M.S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública**, 2000, Rio de Janeiro. v, 16, n. 1, p. 7-21.jan-mar.

MCNULTY, T.L., BELLAIR, P.E. Explaining racial and ethnic differences in adolescent violence: Structural disadvantage, family well-being, and social capital. **Justice Quarterly**, 2003, v. 20, p. 1-31.

MORAES JR. *et al.* Tendências da mortalidade por causas externas, em São Luís, MA, de 1980 a 1999. **Rev. Bras. Epidemiol**, 2003, v.6, n.3.

MELIONE, L.P.R.; MELLO JORGE, M.H.P. Morbidade hospitalar por causas externas no município de São José dos Campos, estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 2008, Brasília, v, 17, n. 3, jul/set, p. 205-216.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.A violência dramatiza causas. In: (Org). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.23-48.

\_\_\_\_\_, M.C.S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, v. 11(sup), p. 1259-1267.

NASCIMENTO, E.F.; GOMES, R.; REBELLO, L.E.S.F. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. **Ciênc. saúde coletiva**, Ago 2009, vol.14, no.4, p.1151-1157.

NJAINE, K. *et al.* A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. **Cadernos de Saúde Pública**, 1997, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.405-414, jul-set.

NORONHA, C.V. Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia. Relatório de Pesquisa. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB, 2003.

RUOTTI, C. et al. Graves violações de direitos humanos e desigualdade no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, 2009, v.43. no.3, p.533-540.

SAMPSON, R.J.; MORENOFF, J.D.; RAUDENBUSH, S. Social anatomy of racial and ethnic disparities in violence. **American Journal of Public Health**. 2005, v. 95.n. 2, feb.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista Saúde Pública**, 2006, v. 40. n. Esp, p. 112-20.

SOUZA, E. R.; Lima, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2007, n. 11(Sup), p. 1211-1222.

WAISELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2011: Os jovens do Brasil**. Instituto Sangari, São Paulo, 2011.

WEST, C.M. Black women and intimate partner violence: new directions for research. **Journal of Interpersonal Violence**, 2004, v. 19, p. 1847.

WIDOM, C S. The cycle of violence. **Science, New Series**, 1989, v.244, n. 4091, pp 160-166.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção desse trabalho, da concepção à avaliação, evidenciou a existência de disparidades (étnico/raciais, de gênero, status socioeconômico) nos padrões de morbimortalidade por violência em Feira de Santana, assim como em todo o Brasil.

Diante da inexistência de estudos de morbidade por violência que procurem estabelecer associação entre condições de vida e prevalência de agressão, faz-se necessário, a partir dos resultados apresentados nesse trabalho, a finalização e publicação do terceiro artigo desse trabalho. Esse artigo irá incorporar os conhecimentos adquiridos sobre disparidades em saúde, principalmente, a contribuição do status socioeconômico na origem das disparidades entre grupos populacionais específicos aos conceitos de *capital econômico e cultural* de Pierre Bourdieu, na análise da relação entre condições de vida e violência em Feira de Santana.

Ao longo da realização desse trabalho, percebeu-se, devido a urgência do problema da violência em Feira de Santana, a necessidade de uma ação integradora entre pesquisa e extensão/intervenção. Esse olhar sensível à realidade, culminou com a criação, elaboração, aprovação e execução de: um projeto de extensão (**“Prevenção da violência e promoção da cultura da paz: experiência em uma escola da rede pública estadual de Feira de Santana-BA”**), um projeto de intervenção (**Protagonismo juvenil na produção de tecnologias sociais para prevenção da violência e promoção da cultura da paz em Feira de Santana/BA**), e um projeto de pesquisa/extensão (**Diálogo intergeracional e promoção da paz: pedagogia grão e protagonismo juvenil como tecnologias sociais para prevenção da violência em Feira de Santana- BA**).

Aproveitamos para registrar nossos agradecimentos a todas as instituições que colaboraram com a execução desse trabalho, em particular ao PPGSC-UEFS, ao DPT Feira de Santana pela colaboração e disponibilidade no fornecimento dos dados, à CNPq e FAPESB pelo apoio financeiro ao projeto, à UNC-CH pela oportunidade de realização do intercâmbio acadêmico e pesquisa sobre disparidades em saúde e as demais instituições e pessoas que, embora não tenham sido referidas, integram o rol dos que merecem o nosso reconhecimento.

Espera-se que os resultados desse trabalho e dos demais projetos, que não são apresentados nesse trabalho, mas possuem bom resultados em nível de prevenção, possam na discussão sobre o fenômeno da violência em Feira de Santana, e dessa forma contribuir para construção de uma cidade mais justa e pacífica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Série B. Textos básicos de saúde. Brasília, 2005.

CEDEC. **Mapa de risco da violência: Cidade de São Paulo**. São Paulo, Cedec, 1996.

\_\_\_\_\_. **Mapa de risco da violência: Cidade de São Paulo**. São Paulo, Cedec, 1997

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (Sup): 1162-1178, 2007.

DUARTE, C.M. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2002.

JOHANSEN, J.D.; SMITH, E.; JUEL K., ROSDAHL, N. The Aids epidemic in the city Of Copenhagen, Denmark: potential years of life lost and impact on life expectancy. **Scand J Public Health**. 2005;33(3):222-7.

MELLO JORGE, M.H.P.; CASCÃO, A.M.; SILVA, R.C. **Acidentes e Violências: Um guia para aprimoramento da qualidade de sua informação**. Centro da OMS para classificação de doenças em Português, série divulgação n.º10, São Paulo, 2003.

MELIONE, L.P.R.; MELLO JORGE, M.H.P. Morbidade hospitalar por causas externas no município de São José dos Campos, estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, 17(3): 205-216, jul/set, 2008.

MINAYO, M.C.S..A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(sup):1259-1267, 2007.

RODRIGUES, R.I et al. Custo da violência para o sistema de saúde no Brasil. Texto para discussão 1295. IPEA Brasília, 2007.

TOMIMATSU, M.F.A.I. et al. Qualidade da informação em causas externas. **Rev Saúde Pública**, 43(3):413-20, 2009;

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Revista Saúde Pública**, 40 (N Esp):112-20, 2006

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROBERTO DOS SANTOS LACERDA

**MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA-BA DE 2006 a  
2008.**

FEIRA DE SANTANA-BA

2010



ROBERTO DOS SANTOS LACERDA

**MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS EM FEIRA DE SANTANA-BA DE 2006 a  
2008.**

Projeto de pesquisa apresentado à banca examinadora de qualificação, como requisito obrigatório do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**Área de Concentração:** Epidemiologia

**Linha de Pesquisa:** Saúde de grupos populacionais específicos

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Maria de Araújo

FEIRA DE SANTANA - BA

2010

## RESUMO

Em todo o mundo, atualmente, o crescimento da violência vem sendo objeto de estudo de pesquisadores da saúde coletiva, a fim de compreender seus determinantes em nível coletivo e subjetivo e identificar grupos e populações de risco, colaborando para o controle dos processos e dinâmicas geradoras do fenômeno considerado por alguns como a epidemia da modernidade. Na área de saúde os estudos sobre causas externas utilizam dados de mortalidade, mas apesar das limitações, os dados de morbidade devem ser rotineiramente analisados para uma melhor compreensão do problema no país. O elevado número de óbitos e lesões em pessoas jovens tem produzido prejuízos econômicos e sociais para o país, evidenciando a necessidade de se conhecer as circunstâncias de ocorrência dos agravos, e dessa forma, estabelecer ações efetivas que possam reduzir as taxas de morbimortalidade por causas violentas. Diante da existência de poucos estudos utilizando dados de morbidade por causas externas, este projeto tem como propósito analisar a morbidade por causas externas segundo dados da vítima, do agressor e da lesão, no período de 2006 a 2008 na cidade de Feira de Santana-BA, bem como, verificar associação entre lesões por causas externas e variáveis sócio-demográficas e socioeconômicas. A avaliação socioeconômica será feita utilizando-se a caracterização dos bairros segundo capital cultural e econômico. Trata-se de um estudo epidemiológico de corte transversal que utilizará a metodologia de um estudo de agregados para verificar desigualdades na morbidade por causas externas segundo bairros do município de Feira de Santana-BA.

**PALAVRAS-CHAVE:** violência, causas externas, desigualdades

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	04
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	07
2.1 Violência e Saúde.....	07
2.2 Causas Externas de Morbimortalidade.....	13
2.3 Espaço, Violência e Epidemiologia.....	18
2.4 Espaço Social Segundo Bourdieu.....	20
3 OBJETIVOS.....	23
4. METODOLOGIA	24
4.1 Tipo de Estudo.....	25
4.2 Campo Estudo.....	22
4.3. Técnica de Coleta.....	22
4.4. Critério de inclusão.....	24
4.5. Critérios de exclusão.....	24
4.6. Plano de Análise.....	24
4.7. Aspectos éticos .....	27
4.8. Viabilidade.....	27
4.9. Resultados Esperados.....	28
5. CRONOGRAMA.....	29
6. ORÇAMENTO.....	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXO A.....	37
ANEXO B.....	42
ANEXO C.....	44

## 1 INTRODUÇÃO

Em todo o mundo a violência vem apresentando tendência ascendente, sendo apontada por diversos setores da sociedade como sério e grave problema que aflige muitos países, e o Brasil em especial, despertando o interesse de pesquisadores da Saúde Coletiva. No Brasil, o crescimento das causas externas como causa de morte, ganhou destaque a partir da década de 80 do século passado, quando estas passaram a figurar em as três principais causas de óbitos (MELLO JORGE, 2004).

A violência é segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “uso intencional da força e do poder físico, produzido como ameaça contra si mesmo, outra pessoa, um grupo ou comunidade, que cause ou tenha muitas probabilidades de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos ou privações”. (OMS,2002)

As causas externas representam um significativo ônus para as populações de todo o mundo e diminuir sua morbimortalidade é um dos principais desafios para a saúde pública, tanto pela magnitude, quanto pela transcendência do problema.

As análises das causas externas são feitas, principalmente a partir de dados de mortalidade, obtidos, de forma sistematizada e por apresentarem melhor qualidade da informação. A análise da morbidade por estas causas tem exigido a criação de grandes bancos específicos, desenhados para essa finalidade.

Para análise da morbidade por causas externas a partir dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), há várias limitações, entre elas, o fato das internações hospitalares não retratarem toda a morbidade por causas externas e esse Sistema registrar apenas dados referentes às internações públicas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Grande parcela das vítimas sequer é atendida em serviços de urgência/emergência e parcela significativa é atendida e liberada após atendimento. Dessa forma, as internações refletem, talvez, morbidade mais grave, para as quais existe um conhecido sub-registro do tipo específico de problema que gerou a hospitalização tendo em vista que apenas é notificada a natureza da lesão, objeto do cuidado médico (BRASIL, 2005).

Portanto, a morbidade por causas externas apresenta um panorama ainda precário no que se refere aos registros e disponibilidade de informações nos serviços e, também, nas estatísticas oficiais. Não obstante, seus registros serem

importantes fontes de informação para a prevenção de tais eventos e a elaboração e implementação de políticas de promoção de saúde.

Assim, revelando que o conhecimento acerca da violência tem peculiaridades a serem tratadas, tanto do ponto de vista do indivíduo quanto das condições sócio-econômicas e geográficas em que as crianças, os adolescentes, adultos e mulheres estão envolvidos, faz-se necessária a realização de pesquisas que proporcionem a geração de dados, que apresentem as formas e quais as principais vítimas desse agravo na população.

Para análise da distribuição dos padrões de morbimortalidade por violência na população, faz-se necessário a compreensão do papel que as condições de vida desempenhar ao conferir maior grau de vulnerabilidade a determinados grupos populacionais. Dessa forma, conceitos oriundos da Sociologia como capital cultural e econômico, se apresentam como importantes categorias de análise e compreensão das desigualdades nos padrões de distribuição da violência na população.

A relevância do presente trabalho apoia-se na magnitude e transcendência da morbidade por causas externas como problema de saúde pública, além da escassez de estudos sobre a temática. Os agravos violentos incidem mais predominantemente sobre a faixa etária jovem produzindo seqüelas que vão desde a incapacidade para o trabalho ou até mesmo a morte precoce. Por outro lado as lesões e acidentes por causas externas provocam um grande impacto no Sistema Único, visto que uma boa proporção de verbas destinadas à saúde é gasta com despesas provenientes de internações hospitalares o que, de alguma forma, prejudica os investimentos em outras necessidades de saúde.

O presente projeto faz parte de um projeto de pesquisa intitulado: “Morbidade por Causas Externas: Caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia”, que está sendo desenvolvido pelo Núcleo de Epidemiologia – NEPI da Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, já tendo sido submetido e aprovado para financiamento pela Fundação de Amparo e Pesquisa da Bahia, no edital n.º004/2009. Esse estudo tem o objetivo de analisar a morbidade por causas externas em Feira de Santana no período de 2006 a 2008.

### **1.1. Perguntas de investigação**

Como se caracterizou a morbidade por causas externas em Feira de Santana-BA no período de 2006 a 2008?

Existe relação entre prevalência de lesão por tentativa de homicídio e capital econômico e cultural entre os bairros de Feira de Santana-BA?

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Este estudo focaliza um evento que é essencialmente social: a violência. Por isso necessitou-se fundamentar em determinados conceitos que são intimamente ligados.

Consideramos fundamental buscar compreender o que se entende conceitualmente como violência, quais suas características, classificações, magnitude, impacto e abordagens com as quais os autores se aproximam desse objeto.

A violência tem sido definida de diferentes formas e vários autores tem destacado a dificuldade em conceituá-la. Entretanto, há um consenso entre os estudiosos quanto a maioria de suas características: seu caráter complexo e polissêmico; sua origem social e multicausal; suas variadas facetas e formas de manifestação; a natureza objetiva e subjetiva que expressa, o componente individual e coletivo que possui; a abordagem inter e multisetorial que ela requer.

## **2.1 Violência e Saúde**

### **Concepções teóricas acerca da violência**

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana, sendo um dos fenômenos mais persistentes na história da humanidade. Diante dessa realidade, Minayo(1994) relata que desde tempos remotos existe uma preocupação do ser humano em entender a essência do fenômeno da violência, sua natureza, suas origens e meios apropriados afim de atenuá-la, previni-la e eliminá-la da convivência social.

Segundo Michaud (1989),o verbo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir. Tais termos são referidos a *vis*, que quer dizer força, vigor, potência, violência, emprego de força física, mas também quantidade, abundância, essência ou caráter essencial de uma coisa. Para esse autor,

“para onde quer que nos voltemos, encontramos, portanto, no âmago da noção de violência a idéia de uma força, de uma potência natural cujo exercício contra alguma coisa ou contra alguém torna o caráter violento. À medida que nos aproximamos desse núcleo de significação,

cessam os julgamentos de valor para dar lugar à força não qualificada. Tal força, virtude de uma coisa ou de um ser é o que é, sem consideração de valor. Ela se torna violência quando passa da medida ou perturba uma ordem”. (Michaud, 1989, p.8).

Há uma grande dificuldade de se definir de forma consensual ou incontroversa a violência. De modo geral há uma tendência de considerar a violência a partir de uma noção de *violação* de alguma norma, fato ou direito, ou seja, ela é vista como transgressão de regras, normas e leis aceitas por uma coletividade e das quais ela depende para continuar atuando (Chauí, 1980, p.16).

Diante das dificuldades de definições e de julgamento Domenach(1981) diz: “estou convencido de que é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana” (DOMENACH, 1981, p. 38)

Esse autor reforça a idéia de que, sobretudo, ela não pode ser analisada nem tratada fora da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

Outros autores também consideram a violência como característica primordial, essencial e constitutiva do homem. Dadoun (1999) propõe a definição do homem como “*homo violens*”, pois há uma função estruturante essencial da violência, não havendo qualquer aspecto da realidade humana que não esteja a ela associado. Para esse autor, a primeira violência vivida pelo ser humano é o traumatismo do nascimento – violência ontológica, fundadora – pois, expulso do meio intra-uterino, que é o calor, proteção, vem para um meio exterior, o mundo da dura necessidade.

Arendt contesta essa posição, afirmando que “nada poderia ser teoricamente mais perigoso do que a tradição do pensamento organicista em assuntos políticos, por meio da qual poder e violência são interpretados em termos biológicos” (ARENDR, 1994). A autora sustenta que “nem a violência nem o poder são fenômenos naturais, isto é, uma manifestação do processo vital, eles pertencem ao âmbito políticos dos negócios humanos, cuja qualidade essencialmente humana é garantida pela faculdade do homem para agir, a habilidade para começar algo novo” (ARENDR, 1994,p.60).



Para a Organização Mundial de Saúde a violência é:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. (OMS, 2002, p.27).

Minayo & Souza (1997) consideram como violência as ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam a morte de outros seres humanos ou que afetam sua integridade física, moral, mental ou espiritual. Essas autoras destacam que esse fenômeno trata-se de uma realidade plural, diferenciada, cujas especificidades necessitam ser conhecidas. (MINAYO; SOUSA, 1997).

Bustamante (2009) destaca para a existência de formas de violência não explícitas, como o constrangimento social, cultural ou econômico. Dessa forma, A violência é, portanto assimilada ao imprevisível, à ausência de forma, ao desregramento absoluto. “Não é de se espantar se não podemos defini-las”. (Michaud, 1989, pag 12.)

Diante da realidade de uma violência que se impõe como ingrediente que orienta as práticas sociais do cotidiano, estas últimas orquestradas pela perplexidade e afinadas pelo medo e pela insegurança, Arendt (2005, p.17) traz uma complementação acerca do acostumar-se e ajustar-se diariamente a todo tipo de violência:

“A condição humana compreende algo mais que as condições nas quais a vida foi dada ao homem. Os homens são seres condicionados: tudo aquilo com o qual eles entram em contato torna-se imediatamente uma condição de sua existência. O mundo no qual transcorre a **vita activa** consiste em coisas produzidas pelas atividades humanas; mas, constantemente, as coisas que devem sua existência exclusivamente aos homens também condicionam os seus autores humanos. Além das condições nas quais a vida é dada ao homem na Terra e, até certo ponto, a partir delas, os homens constantemente criam as suas próprias condições que, a despeito de sua variabilidade e origem humana, possuem a mesma força condicionante das coisas naturais. O que quer que toque a vida humana ou entre em duradoura relação com ela, assume imediatamente o caráter de condição da existência humana. É por isto que os homens, independentemente do que façam, são sempre seres condicionados ”.

Pensar a violência em nossa sociedade nos remete a uma reflexão sobre as relações sociais, que são permeadas por questões de poder que se expressam nas relações de classe, gênero, etnia e cultura entre as diversas categorias e grupos sociais.

Para Almeida *et al* (2006), nas relações inter e intragrupos, as assimetrias de poder, são fontes permanentes de tensão e conflitos sociais e interpessoais, e diante dessas assimetrias, atos violentos podem se impor como forma de resolução desses conflitos e aportar danos – psicológicos, morais ou materiais. Mas, como assinala Michaud (1989), para que esses atos sejam concebidos como violentos, é preciso que eles sejam legal e/ou moralmente instituídos por um pensamento social. Portanto, a designação de um ato violento, se reporta necessariamente às normas, entendidas como conjunto de regras e esquemas de condutas, sustentadas como princípio de referência para uma sociedade ou mesmo para um grupo. Assim, da mesma forma que há uma enorme diversidade de normas, haverá, também, uma enorme diversidade de violências possíveis (MICHAUD, 1989)

Velho (1996), procura conceituar a violência como uma manifestação e o exercício de um suposto ou efetivo *poder*: “Violência não se limita ao uso da força física, mas a possibilidade ou ameaça de usá-la constitui dimensão fundamental da sua natureza. Vê-se que, de início, associa-se a uma idéia de poder, quando se enfatiza a possibilidade de imposição de vontade, desejo ou projeto de um ator sobre o outro” (VELHO, 1996).

Minayo (1994) apresenta uma tipologia na qual se destaca: a *violência estrutural*, caracterizada como um marco à violência do comportamento, produzida pela opressão de classes, grupos, nações e indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento e à morte em decorrência da negação de conquistas da sociedade; a *violência de resistência* compreende as diferentes formas de resposta dos grupos, classes, nações e indivíduos vítimas da violência estrutural; *violência da delinqüência* entendida como aquela manifestada na transgressão às leis socialmente reconhecidas.

Reconhecendo que os processos violentos inibem, modificam e enfraquecem tanto a qualidade como a capacidade de vida. Minayo & Souza(1997) enfatizam a

violência como problema de Saúde Pública e a necessidade de uma epidemiologia da violência.

### **Violência como Problema de Saúde Pública**

A violência é uma questão social, portanto, ela não é, em si, uma questão de saúde. Transforma-se em problema para área, porque afeta a saúde individual e coletiva, exigindo para sua prevenção e tratamento, organização de práticas e formulação de políticas específicas ao setor, além dos altos custos econômicos e sociais que ela provoca (MINAYO, 2006).

Embora se possa afirmar que a saúde não entra na gênese da violência, é sobre esse setor que recai o maior “peso” de suas conseqüências. Diversos autores apontam para necessidade da incorporação do tema à pauta do setor saúde, tanto pelo impacto na qualidade de vida das pessoas, pelas lesões físicas, psíquicas, espirituais e morais que acarreta, além da necessidade de cuidados dos serviços médicos hospitalares; bem como, porque faz parte das preocupações quando se trabalha com o conceito ampliado de saúde, que incorpora o conceito de promoção de saúde, que leva em conta o ambiente e o estilo de vida para construção de uma vida saudável. (SCHRAIBER, *et al* 2006; MINAYO, 2006; DALBERG & KRUG, 2007; MELLIONE, MELLO JORGE, 2008;)

O tema da violência para o setor Saúde tem duas vertentes: uma explicativa, partindo de uma reflexão filosófica e teórica e outra operacional fundamentada nas conseqüências biológicas, emocionais e físicas que sua dinâmica provoca na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas (BRASIL, 2005).

No ano de 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou a Resolução WHA 49.25, declarando a violência como um dos principais problemas de saúde pública, reconhecendo: 1) as sérias implicações que ela representa para a saúde e desenvolvimentos psicológico e social para os indivíduos, famílias, comunidades e países; 2) as crescentes conseqüências da violência para os serviços de saúde em todos os lugares, e seus efeitos prejudiciais para os escassos recursos à disposição

da saúde pública; 3) que os profissionais de saúde estão freqüentemente entre os primeiros a socorrer as vítimas de violência (KRUG *et al* ,2002.).

O crescimento da violência vem sendo objeto de estudo de pesquisadores da saúde coletiva, a fim de compreender seus determinantes em nível coletivo e subjetivo e identificar grupos e populações de risco, colaborando para o controle dos processos e dinâmicas geradores do fenômeno considerado por alguns como a epidemia da modernidade (BRASIL, 2005).

Essa incorporação, segundo Minayo (2006), se dá de forma lenta e gradativa e apresenta alguns entraves, oriundos da racionalidade biomédica que marca o setor, dificultando a aceitação, como objeto de estudo, de problemas complexos cuja raiz está nas questões sociais. Apesar da dificuldade de estimar com precisão o custo da violência para o mundo, sabe-se que bilhões de dólares são gastos, anualmente, com cuidados em saúde, acrescidos de outros bilhões relativos a perdas na economia dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos (DALBERG & KRUG, 2007; MELLIONE & MELLO JORGE, 2008).

### **Custos da violência para o Brasil**

Segundo Noronha (2003), na América Latina, os estudos mais recentes sobre os custos da violência tem sido orientados pela seguinte classificação: (a) *custos diretos* (despesas com transporte de vítimas, primeiros atendimentos ambulatoriais, exames, cirurgias, internação hospitalar, reabilitação e outras); (b) *custos diretos intangíveis* (impactos negativos sobre o bem-estar, relacionados ao sofrimento físico e psíquico das vítimas e familiares, que resultam em maiores taxas de mortalidade e de morbidade, em função de uso de drogas legais e ilegais e da maior incidência de ansiedade, estresse ou depressão; (c) custos indiretos econômicos (absenteísmo, redução das taxas de participação no mercado de trabalho, queda da renda familiar, fuga de capitais, etc); e (d) custos indiretos sociais ( privatização da segurança, redução da qualidade de vida e menor participação nos processos democráticos (NORONHA, 2003, p.63).

Cerqueira et al (2007) estimam que no ano de 2004, o custo da violência no Brasil foi de R\$ 92,2 bilhões, o que representou 5,09% do Produto Interno Bruto (PIB) do país naquele ano, ou um valor *per capita* de R\$ 519,40. Segundo a OMS o Brasil teve nesse mesmo ano, R\$472 milhões de gastos médicos diretos com vítimas de lesões por violência interpessoal; uma média de custo médico direto de R\$687,00 por caso de lesão violenta fatal e R\$ 3.772,00 por lesão grave; e os custos médicos indiretos totalizaram R\$ 13,7 bilhões com violência interpessoal (WHO,2008). Esses dados podem ainda não representar a realidade diante das limitações dos dados disponíveis para o cálculo do custo direto da violência para o sistema de saúde pública do Brasil (RODRIGUES *et al*, 2009).

Ao analisar o impacto das causas externas sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, diversos autores demonstram que as internações por causas externas tendem a ser mais dispendiosas do que a média das internações pagas pelo SUS. Iunes (1997) observou que embora tenham representado 5,8% das internações, as lesões e envenenamentos consumiram 8% dos gastos totais do SUS no ano de 1994. Referem Mello Jorge & Koizumi (2004), que o gasto médio das internações do SUS em Reais, ano 2000, foi de 503,70 para vítimas de causas externas contra 422,89 para as causas naturais e o custo diário das vítimas de causas externas foi 67,8% superior em relação às causas naturais.

## **2.2 Causas Externas de Morbimortalidade**

Os acidentes e as violências configuram-se como um conjunto de agravos à saúde, que podem ou não levar a óbito, incluindo-se aí as causas ditas acidentais (trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos, etc) e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas) (MELLO JORGE *et al*, 2003).

Acidente é o evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, no âmbito doméstico ou em outros ambientes sociais como o do trabalho, trânsito, escolas, esportes, lazer. Os acidentes podem apresentar-se, também, sob formas de agressão heterogêneas quanto ao tipo e repercussão. Entretanto, diante da dificuldade para estabelecer com precisão, o caráter de intencionalidade desses eventos, reconhece-se que os dados e as interpretações

sobre acidentes e violências comporão sempre certo grau de imprecisão. Apesar de estar consagrado o uso do termo acidente, deve-se retirar a conotação fortuita e casual que lhe pode ser imputada. (BRASIL,2001).

As causas externas, consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) “causas violentas”, estão presentes na Classificação Internacional de Doenças (CID) em dois de seus capítulos. O Capítulo XIX (lesões, envenenamentos e algumas outras conseqüências de causas externas) refere traumatismos, queimaduras, envenenamentos ocasionados nas pessoas, por quaisquer tipos de acidentes. No capítulo XX (causas externas de morbidade e mortalidade) estão classificadas as violências intencionais: homicídios e tentativas de homicídios, suicídios e agressões sexuais, domésticas, etc. (OMS, 1995).

Para Mello Jorge (1996) esse duplo olhar da OMS é extremamente importante na medida em que, se por um lado é necessário conhecer as lesões que afetam as pessoas, do ponto de vista de sua natureza e do segmento do corpo afetado, para estar preparado para bem tratá-las, é fundamental a determinação das circunstâncias do evento causador dessas lesões para, a partir daí, pensar em sua prevenção. Isso porque, segundo a autora, *“não se previne um traumatismo, uma queimadura, mas em todos os casos, os eventos ou circunstâncias que os determinam”*. (MELLO JORGE, CASCÃO, SILVA, 2003 p. 13).

A classificação das violências e acidentes como “causas externas” é vista por Minayo (1994,p.4) com ressalvas, já que:

As mortes por violência estão incluídas, na Classificação Internacional de Doenças (CID), no grande grupo das Causas Externas (E800-E999). Esta categoria, para o estudo da violência, é muito limitada. Primeiro, porque, sua operacionalização se faz apenas através dos efeitos que se apresentam sobre as pessoas atingidas por lesões e mortes. Em conseqüência, a denominação “causas externas” carrega uma suposta assepsia, na medida em que não expressa os conteúdos já melhor construídos pela Filosofia e pelas Ciências Humanas sobre a violência. Por exemplo, ela traz problemas quando se trata de decidir o caráter de accidentalidade ou direcionalidade dos atos, a legalidade ou a arbitrariedade das ações. Ademais, a categoria “causas externas” é pouco rigorosa, porque compreende, em seu interior, uma amplitude excessiva de eventos e processos.

A violência não letal é considerada um problema relevante e de difícil mensuração, sendo, portanto, mais estudado o quadro da mortalidade no Brasil como em outros países, em razão da facilidade de obtenção e qualidade da informação (GAWRYSZEWSKI, KOIZUMI, MELLO JORGE, 2004).

O SUS não desenvolveu um sistema de informações capaz de coletar dados sobre os acidentes e violências que não geram óbitos ou internações, dificultando a identificação dos principais grupos afetados e dos fatores de risco associados.

O maior sistema de informações sobre morbidade do SUS é o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), que se baseia no período de internação de um paciente em uma unidade hospitalar.

Apesar de apresentar inúmeras vantagens como: coleta rotineira em um grande número de unidades hospitalares, disponibilidade, já que abrange, aproximadamente, 70% das internações brasileiras (PORTO,SANTOS, UGÁ, 2006;IWAKURA et al 2009), os dados do SIH-SUS, para a análise da morbidade por causas externas a partir desses dados há limitação no fato das internações hospitalares não retratarem toda a morbidade por causas externas. Uma parcela importante das vítimas sequer é atendida em serviços de urgência/emergência e outra parcela significativa é atendida e liberada após atendimento. Dessa forma, as internações refletem, provavelmente, a morbidade mais grave (MELIONE, MELLO JORGE, 2008), para os quais existe um conhecido sub-registro ao tipo específico de problema que gerou a hospitalização tendo em vista que apenas é notificada a natureza da lesão, objeto do cuidado médico (BRASIL, 2005).

A melhoria da qualidade da informação é um dos elementos fundamentais para a orientação da tomada de decisões, em relação a um tema tão urgente e crucial para a sociedade brasileira, como os acidentes e violências, mas:

O primeiro problema de fidedignidade surge no ato de apreensão e de compreensão do fenômeno da violência. Aí se cruzam elementos ideológicos com sistemáticas operacionais. Ideologicamente, a própria sociedade dá ênfase a determinados tipos de violência e outros são deixados de lado ou são quase invisíveis. Por exemplo, os roubos, as lesões corporais, os homicídios são muito mais evidenciados do que as violências que ocorrem na família, que as discriminações raciais e de gênero e que os crimes de trânsito. A violência psicológica é muito difícil de ser dimensionada. Igualmente, no Brasil e no mundo, razões de tabus e preconceitos levam a que os suicídios e tentativas de cometê-los sejam intensamente subnotificados. E nas próprias

unidades de saúde, os profissionais tendem a produzir informações apenas sobre as lesões e traumas que tratam sem se perguntar pelo fato ou razão básica que os causou (BRASIL, 2005.p 27-28).

As Secretarias de Segurança Pública e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde possuem relevante papel na geração de informações sobre a violência no Brasil. Nos dados daqueles primeiros, são sistematizados os crimes e delitos enquadrados pelo Código Penal, enquanto às Secretarias de Saúde cabe informar sobre morbidade e a mortalidade por causas externas. Sabe-se, entretanto, que uma gama significativa dessas formas de violência não chega ao conhecimento institucional oficial. Além disso, outras formas de violência não são reconhecidas pela sociedade e, conseqüentemente, pelas instituições, como é o caso de algumas expressões de violência contra crianças, adolescentes e mulheres, que permanecem invisíveis ou silenciosas (MELLO JORGE et. al, 1996).

Segundo Zaluar, Noronha e Albuquerque (1994) o registro policial de homicídios nem sempre é preciso, visto que requer uma investigação que nem sempre é feita, especialmente quando a vítima é pobre e preta. Oliveira (1998) aponta como deficiência das fontes oficiais, com exceção do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) a falta de um padrão de coleta nacional, porém o SIM apresenta como deficiência a disponibilização apenas de dados sobre a vítima.

Uma outra dificuldade para análise dos dados com a sistematização utilizada pelos meios policiais, são categorias tais como “Tentativa de Homicídio”, pois a mesma não discrimina o tipo de lesão ou arma utilizada. Ou seja, o sistema de classificação parece comportar lógicas distintas ora se enfatiza o tipo de lesão (por arma branca, arma de fogo, pauladas, etc), ora isso desaparece sob a rubrica da tentativa de homicídio ou “morte violenta”. (NORONHA, 2003).

Além das dificuldades, acrescenta-se a omissão de outros serviços envolvidos na coleta de informações sobre causas externas, como ressaltam Barros e Ximenes (1998), quando destacam a importância do correto preenchimento das guias de remoção de cadáveres e os Boletins de Ocorrência policial (BO), pelos hospitais e pelas delegacias de polícia, de forma que se obtenha maior esclarecimento das circunstâncias das mortes violentas (BRASIL, 2005).



Apesar de um panorama ainda precário referente aos registros e disponibilidade de informação nos serviços e, conseqüentemente, nas estatísticas oficiais, faz-se necessário e imprescindível à utilização desses dados em estudos epidemiológicos, visto que são importantes fontes de informação para a prevenção de tais eventos e a implementação de políticas de promoção de saúde. (NJAINÉ et al, 1997; LEAL & LOPES ,2006).

### **Epidemiologia da morbidade por causas externas**

A prevenção contra a violência, de acordo com a abordagem da saúde coletiva, começa com uma descrição da magnitude e do impacto do problema.

Segundo a OMS no ano de 2000 morreram 1,6 milhões de pessoas em todo mundo como resultado da violência interpessoal, auto-infligida ou coletiva. Cerca de metade desses óbitos relacionados à violência foi suicídio, quase um terço foi de homicídios e cerca de um quinto estava relacionado a guerras (KRUG *et al*,2002).

Esses números supracitados certamente subestimam a verdadeira magnitude da violência, visto que, em todas as partes do mundo, as mortes representam a ponta do “iceberg”. Em Salvador no ano 2000, Noronha (2003) observou que foram registradas 10.069 ocorrências de lesões corporais contra 666 homicídios. Ou seja para cada 15 lesões intencionalmente provocadas foi registrado um óbito.

O Brasil vêm apresentando, nas últimas décadas, significativos avanços em sua situação de saúde. A diminuição da mortalidade infantil e da mortalidade proporcional das doenças infecto-contagiosas tem contribuído para o aumento da expectativa de vida do brasileiro (GAWRYSZEWSKI *et al*, 2004). Por outro lado, observou-se a partir da década de 1980 um aumento significativo da morbimortalidade por causas externas, representando atualmente a segunda causa de mortalidade entre as causas de morte no país (PRATA, 1992; MELLO JORGE, 1996; GAWRYSZESKI *et al*, 2004), e a primeira causa de mortalidade, desde a década de 1960 nos municípios de Rio de Janeiro e São Paulo, entre indivíduos de 15 a 24 anos (VERMELHO & MELLO JORGE,1996), fazendo com que essas

pessoas deixem de viver os anos que lhes eram destinados segundo a esperança de vida do país.

Oram (1971) apud Cadwell (2001) descreveu esse processo como “*transição epidemiológica*”, caracterizado, pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro onde predominam, além das causas externas, as doenças cardiovasculares, neoplasias e outras doenças crônico-degenerativas. Entretanto, alguns autores destacam que a transição epidemiológica só aconteceu efetivamente nos países centrais, visto que, os países pobres como o Brasil carregam “duplo fardo” de persistência das doenças transmissíveis e aumento da morbimortalidade das doenças crônico-degenerativas e causas externas. (CARVALHO,2002; SCHRAMM et al 2004).

Sabe-se que o perfil das causas externas difere quando visto através da mortalidade e da morbidade. Estudos sobre causas externas evidenciam, predominantemente, a mortalidade nesse grupo de causas, e os homens são as principais vítimas (VERMELHO & JORGE, 1996; BATISTA, 2005; DAHLBERG, KRUG, 2007). Quanto à morbidade, segundo Gawryszewski, Koizume, Mello Jorge (2004) as principais causas de internação são lesões decorrentes de quedas, de acidentes de trânsito, de agressões, lesões autoprovocadas e causas indeterminadas. Esses autores observaram que no ano de 2004, no Brasil, preponderaram dentre as internações por causas externas, o grupo “outras causas externas de lesões acidentais”, onde 62,8% são constituídas de ferimentos causados por quedas. Lesões causadas por acidentes de transporte responderam com 15,7% das internações e 6,1% foram decorrentes de agressões.

Entre crianças e adolescentes, um estudo específico realizado nos EUA por Barancik & Cramer (1985) sugere que, para cada morte por traumas, ocorreriam 45 hospitalizações, 1.300 seriam atendidos em serviços de emergência e 2.600 dariam entrada em ambulatórios ou seriam tratados em casa. Scheidt e colaboradores (1995), em estudo sobre a morbidade por causas externas em crianças americanas, verificaram o predomínio do sexo masculino em todas as faixas etárias. No Brasil, Koizumi *et al* (2001) detectaram que entre as vítimas de traumatismo crânio-encefálico, 20,7% eram crianças menores de 10 anos e desses, 62,6% eram do sexo masculino e 56,8% tinham de 0 a 4 anos. Os autores observaram que as

quedas (61,2%) seguidas dos acidentes de transporte (21,1%) foram os principais tipos de causas externas nesse grupo etário.

Na análise do universo de atendimentos na emergência de três grandes hospitais no estado de São Paulo no ano de 2005, Gawryszewski *et al* (2008) observaram o predomínio masculino na razão de 1,4 masculino/feminino, concentração da população mais jovem, de 0 a 29 anos com 62,1% dos casos; 64,7 dos casos tiveram a residência com local de ocorrência.

Para compreensão das diferenças dos padrões de morbimortalidade entre homens e mulheres é necessário compreender o conceito de gênero, que é definido pela Organização Pan Americana de Saúde (1999) como os papéis socialmente determinados para mulheres e homens, originando diferenças de poder a partir destas relações, e sexo como as diferenças biológicas entre homens e mulheres, enfatizando que gênero abrange as intenções sociais entre estes sujeitos que acarreta relações desiguais de poder e conseqüentemente leva a iniquidades em saúde e outros aspectos da vida.

No Brasil, essas diferenças de poder impõem às mulheres uma realidade problemática que é muito maior que a violência denunciada ou detectada pelas pesquisas. Pesquisa realizada por Araújo *et al* (2004) a partir da análise de 3.627 Boletins de Ocorrência de uma Delegacia de Defesa da Mulher, em uma cidade do interior de São Paulo, constatou que as mulheres mais atingidas pela violência são jovens, entre 21 e 40 anos (62%), casadas (57%) e sem atividade remunerada.

O sexo masculino predomina nos atendimentos decorrentes de causas externas (GAWRYSZEWSKI & RODRIGUES, 2003; BRASIL, 2005; GAWRYSZEWSKI *et al*, 2008). Pesquisa realizada por Batista (2005) no estado de São Paulo demonstrou que a taxa de mortalidade por causas externas, no ano de 1999, foi de 93,74 por 100 mil pessoas, sendo 165 e 25,61 por 100 mil habitantes para homens e mulheres respectivamente e entre os homens, prevaleceu a mortalidade entre homens negros: 274,37, contra 136,23 de homens brancos.

### 2.3 ESPAÇO, VIOLÊNCIA E EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia, disciplina cujo objetivo principal é estudar a saúde-doença enquanto fenômeno coletivo é constantemente desafiada a desenvolver bases conceituais e metodológicas capazes de integrar o conhecimento biológico aos fenômenos sociais. (Possas, 1989 apud Costa &Teixeira, 1999).

No Brasil, o geógrafo, Milton Santos, foi o maior responsável pela difusão do conceito de espaço geográfico ou socialmente organizado nos estudos sobre a saúde. A partir de suas idéias, o espaço foi incorporado nos estudos de saúde, como um processo, uma construção social.

O espaço seria um conjunto de objetos e de relações que se realizam sobre estes objetos. É o resultado da ação dos homens sobre o próprio espaço, intermediado pelos objetos naturais e artificiais, ou seja, ele resulta do casamento da sociedade com a paisagem (natural e artificial) (SANTOS, 1985).

O conceito de espaço social adéqua-se enquanto formulação teórica para a explicação da ocorrência e da distribuição da doença.

Para Costa & Teixeira (1999), o conceito de espaço geográfico, inicialmente utilizado pela epidemiologia como uma tentativa de integrar o biológico ao não biológico, era considerado um lugar estático, isolado, sem dimensão histórica que ao ganhar o caráter social passou a atender também às necessidades explicativas da concepção de determinação social da doença, por permitir que os diferentes fatores que compõem a estrutura epidemiológica sejam analisados numa perspectiva dinâmica e histórica.

Hoje em dia é uma prática comum nas grandes cidades brasileiras relacionar a pobreza e a violência. Alguns estudos (AIDAR, 2006; ALMEIDA, 2006; PRATA, 1992) tem citado a possível associação do crescimento das taxas de morbimortalidade por causas externas com fatores relativos à pobreza e à rápida concentração populacional. Mas, para Zaluar *et al.* (1994) não há qualquer associação das taxas de mortalidade por homicídios e pobreza ou migração, além disso, o desemprego, que mais afeta os jovens, não seria suficiente para explicar a adesão aos valores da subcultura criminosa, mas a saída criminosa é a entrada possível para a sociedade do consumo instalada no país.

Outros estudos têm mostrado que os homicídios se concentram em certas áreas de uma cidade. Esse fenômeno foi demonstrado por Cano (1996) estudando a distribuição dos homicídios no Rio de Janeiro, por Beato *et al.*(2001), para a cidade de Belo Horizonte e por Santos *et al.*(2001) na cidade de Porto Alegre, os quais identificaram a concentração de homicídios na áreas de maior pobreza e de maior concentração de favelas. Destaca-se também o estudo realizado por Araújo (2007), o qual evidenciou que em Salvador, áreas com maior proporção de população masculina negra na faixa etária de 15 a 49 anos apresentaram maior risco de morte por homicídio.

Rodrigues (2006) chama atenção que para a importância da utilização da variável local de moradia para estudo da relação entre pobreza e violência no Brasil, pois apenas a variável renda não é capaz de responder a essa questão, já que há centenas de municípios brasileiros bastante pobres em termos de renda que apresentam baixos níveis de violência.

## **2.4 ESPAÇO SOCIAL SEGUNDO BOURDIEU**

Diante da percepção da importância do modo de organização social/espacial na determinação dos padrões de saúde e doença nas populações, optamos pela utilização de alguns conceitos do sociólogo francês, Pierre Bourdieu, para um melhor entendimento das relações entre os sujeitos e seu modo de organização no espaço.

Uma das principais idéias de Bourdieu é o conceito de *habitus*, que ele define como um sistema de disposições, modos de perceber, de sentir, de fazer, de pensar, que nos levam a agir de determinada forma em uma circunstância dada (THIRY-CHERQUES, 2006) Segundo Bourdieu, o *habitus* é uma interiorização da objetividade social que produz uma exteriorização da interioridade. Não só está inscrito no indivíduo, como o indivíduo se situa em um determinado universo social: um campo que circunscreve um *habitus* específico (Bourdieu, 2001).

Para Bourdieu o social é constituído por campos, espaços de relações objetivas, que possuem uma lógica própria, não reproduzida e irreduzível à lógica que rege outros campos. O campo é tanto um “campo de forças”, uma estrutura que

constrange os agentes nele envolvidos, quanto um “campo de lutas”, em que os agentes atuam conforme suas posições relativas no campo de forças, mantendo ou modificando a sua estrutura (THIRY-CHERQUES, 2006).

Os campos resultam de processos de diferenciação social, da forma de ser e do conhecimento do mundo. Podem ser analisados independentemente das características dos seus ocupantes, isto é, como estrutura objetiva. São espaços autônomos no interior do mundo social. Todo campo se caracteriza por agentes dotados de um mesmo habitus. O campo estrutura o habitus e o habitus constitui o campo (Bourdieu, 1992). O habitus é a internalização ou incorporação da estrutura social, enquanto o campo é a exteriorização ou objetivação do habitus.

Bourdieu amplia o conceito de capital além da noção econômica, em que o capital se acumula por operações de investimento, se transmite por herança e se reproduz de acordo com a habilidade do seu detentor em investir. Além do econômico, que compreende a riqueza material, o dinheiro, as ações etc. Ele considera:

- o *capital cultural*, que compreende o conhecimento, as habilidades, as informações etc., correspondente ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família, e pelas instituições escolares, sob três formas: o estado incorporado, como disposição durável do corpo (por exemplo, a forma de se apresentar em público); o estado objetivo, como a posse de bens culturais (por exemplo, a posse de obras de arte); estado institucionalizado, sancionado pelas instituições, como os títulos acadêmicos;
- o *capital social*, correspondente ao conjunto de acessos sociais, que compreende o relacionamento e a rede de contatos;
- o *capital simbólico*, correspondente ao conjunto de rituais de reconhecimento social, e que compreende o prestígio, a honra etc. O capital simbólico é uma síntese dos demais (cultural, econômico e social).

Para Bourdieu(1992) todo o sistema de relações se inscreve num espaço em que se associam estreitamente o lugar, o social e o cultural. O Espaço social é entendido como um campo de forças onde os agentes sociais se definem pelas suas posições relativas. Os agentes estão distribuídos no espaço social de acordo com o

volume global de capital e de acordo com o peso relativo das diferentes espécies de capital. (BOURDIER, 2007).

Os conceitos supracitados são bastante úteis em estudos epidemiológicos para verificar/demonstrar desigualdades em saúde, a exemplo do estudo de Silva, Paim e Costa (1999), que utilizou as categorias *capital econômico* e *capital cultural* para descrever os diferenciais de mortalidade na cidade de Salvador, segundo as condições de vida da população; e o estudo de Macedo *et al* (2001) que utilizou as mesmas categorias, também na cidade de Salvador, para analisar os diferenciais de mortalidade por homicídio segundo condições de vida.

Diante do exposto, assumimos nesse estudo a compreensão de que a violência é um problema de ordem social, que se constitui em problema de saúde pública, tanto pela magnitude, expressa nas altas taxas de morbimortalidade, tanto pelos altos custos econômicos e sociais que ela impõe ao país. Entendemos também, que as condições de vida tem relação com o grau de vulnerabilidade à morbidade por violência, por isso, utilizaremos as categorias capital cultural e capital econômico para analisar e caracterizar a morbidade por causas externas em Feira de Santana.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a morbidade por causas externas em Feira de Santana no período de 2006 a 2008.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- 1- Estimar a prevalência da morbidade por causas externas em Feira de Santana.
- 2- Traçar o perfil epidemiológico da vítima e agressor segundo variáveis sociodemográficas;
- 3- Caracterizar a morbidade por causas externas segundo tipos e instrumentos empregados na produção da lesão;
- 4- Comparar a ocorrência de morbidade por causas externas entre segmento de raça/cor;
- 5- Verificar associação entre prevalência de lesão por tentativa de homicídio e capital econômico e cultural, segundo bairros de Feira de Santana-BA.



## **4 METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Será realizado um estudo epidemiológico transversal, descritivo e exploratório para identificar a ocorrência de lesões por causas externas e possíveis associações entre prevalência de lesões por causas externas e capital cultural e econômico.

Estudos de corte transversal são considerados de baixo custo, rápidos, de elevado potencial descritivo, análise simplificada, facilidade na obtenção da amostra e com possibilidade de inferência em relação à população estudada. Como desvantagens, tem-se a dificuldade em estabelecer fatores de risco, capacidade reduzida de obtenção de dados passados, incapacidade em avaliar fatores de causa/efeito e em controlar exposição (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2003).

Para verificação da associação entre lesão por tentativa de homicídio e capital cultural e econômico será realizado um estudo de agregados, tendo como unidade de análise cada um dos 44 bairros de Feira de Santana-BA.

### **4.2. Campo do estudo**

Feira de Santana localiza-se na região norte da Bahia e é a 2ª maior cidade do estado, destacando-se como um importante centro urbano. Distante 108 Km de Salvador, capital do Estado da Bahia, o município situa-se na região norte do Estado sendo considerado o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil. As BRs 101, 116 e 324 e as BAs 084, 502 e 504 se constituem nas suas principais vias de acesso.

O Município de Feira de Santana integra a Região econômica do Paraguaçu e é constituído por oito distritos: Bonfim de feira, Governador João Durval, Jaguará, Humildes, Jaíba, Maria Quitéria, Tiquaruçú e a Sede. A zona urbana referente à sede do município é constituída por 44 bairros, de acordo com a Lei nº 18/2004.

### **4.3. Técnica de Coleta de Dados**

- **Dados Epidemiológicos**

Os dados relativos à morbidade por causas externas serão obtidos dos Laudos de Lesões Corporais do Departamento de Polícia Técnica do município utilizando-se o instrumento elaborado por Araújo (2001) denominado “*Ficha de Investigação de Lesões Corporais em Feira de Santana*”, (Anexo A) e organizados em banco de dados no Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Para conhecimento do perfil epidemiológico serão estudadas as seguintes variáveis:

1. Relativas à vítima: sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, religião, ocupação, grau de instrução, local de residência, naturalidade.
2. Dados relativos ao agressor: sexo, faixa etária, raça/cor, ocupação.
3. Dados relativos à lesão: tipo de causa externa, local de ocorrência, motivo da agressão, instrumento usada para causar lesão.

Os dados obtidos serão digitalizados utilizando-se o Software Statical Package For The Social Sciences (SPSS) versão 15.

- **Dados populacionais e geográficos**

Os dados relativos à população da cidade de Feira de Santana serão pesquisados no Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), a partir do Censo 2000. Os demais dados populacionais referentes ao período entre 2006 e 2008, serão

obtidos através de estimativas disponíveis no IBGE, mas que apenas fornecem a população total do município. Para obtenção dos dados populacionais por bairro, será calculado o percentual de correção da população entre o ano 2000 e o ano seguinte e assim sucessivamente. Em seguida será calculado bairro a bairro o percentual de correção encontrado.

- **Dados demográficos e socioeconômicos**

Os dados demográficos e socioeconômicos serão obtidos da amostra do Censo Demográfico de 2000, disponibilizados pelo IBGE.

Nesse estudo será utilizada a classificação de bairros segundo capital econômico e cultural (Bourdieu) considerando-se o trabalho elaborado por Silva *et al* (1999) e a adaptação feita por Neres (2009) e a partir do CD-ROM do IBGE (2002), que contem informações sobre os setores censitários da cidade de Feira de Santana, categorizou os bairros de acordo com o capital econômico e cultural.

Os bairros estão classificados nos seguintes estratos: 1) Capital Econômico Baixo (CEB): sem rendimento e com rendimento de até 2 salários mínimos; 2) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento superior a 2 e até 5 salários mínimos; 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários mínimos.

Para classificação dos bairros segundo capital cultural, os mesmos passos foram seguidos e os bairros foram definidos em um dos seguintes estratos: 1) Capital Cultural Baixo (CCB): sem instrução ou até 7 anos de estudo (fundamental incompleto); 2) Capital Cultural Médio (CCM): 8 a 14 anos de estudo (fundamental e médio completo); 3) Capital Cultural Alto (CCA): 15 anos de estudo e mais (superior completo, pós-graduação).

#### **4.4 Critérios de inclusão**

Serão incluídos todos os laudos de lesões por causa externa decorrentes de exames de corpo e delito realizados no Departamento de Polícia Técnica de Feira de Santana no período de 2006 a 2008.

#### **4.5 Critérios de exclusão**

Serão excluídos do estudo os laudos que não tenham definição quanto ao tipo de causa externa que provocou a lesão.

#### **4.6 Plano de Análise**

Os dados serão digitados, processados e classificados utilizando o programa SPSS 15.0 for Windows – Statistical Package for Social Science 2000 e validados utilizando-se o Software Validate Epidata, sendo apresentadas distribuições absolutas e percentuais.

A análise estatística do presente estudo será baseada nas seguintes etapas:

1. Análise descritiva das variáveis referentes à vítima (sexo, faixa etária, estado civil, raça/cor, religião, ocupação, grau de instrução, local de residência, naturalidade); referentes à lesão (tipo de causa externa, local de ocorrência, motivo da agressão, instrumento usada para causar lesão); dados de identificação do agressor (sexo, faixa etária, raça/cor, ocupação, relação anterior com a vítima, relação vítima-agressor).

2. De posse da informação sobre o número de casos de lesões por causa externa geral e por tentativa de homicídio da população mediana em cada bairro no período estudado, será feita realizada a descrição e serão calculadas as taxas de prevalência da morbidade por causa externa geral e por tentativa de homicídio por bairro.

3. Para verificação da associação entre prevalência de lesões por tentativa de homicídio e capital cultural e econômico será feita uma análise de agregados tendo como unidade de análise os 44 bairros de Feira de Santana.

4. Para a análise bivariada será usada a RP para o estrato de piores condições de vida em relação aos demais. Por se tratar de um estudo censitário não serão necessários testes de hipóteses formais.

Em seguida, as informações serão sistematizadas em tabelas e gráficos com o auxílio do Programa Excel da MICROSOFT CORPORATION (2003), seguindo a seqüência e distribuição das variáveis do estudo, para apresentação das informações obtidas.

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

A realização desta investigação obedecerá aos requisitos estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (Brasil. MS, 1997), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Para a execução do estudo proposto, o projeto de pesquisa *“Morbidade por causas externas: Caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia”* do qual faz parte o presente projeto: *Morbidade por causas externas em Feira de Santana-BA, de 2006 a 2008”*, foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o número do CAAE- 0087.0.059.000-09.

Os aspectos de anonimato e confidencialidade serão garantidos na medida em que serão tomados todos os cuidados necessários para impossibilitar a identificação dos sujeitos pesquisados. Os dados serão preservados durante, pelo menos, cinco anos após a data de publicação dos trabalhos. Os nomes das vítimas serão substituídos por códigos numéricos de forma que pessoas que tenham acesso ao banco de dados não sejam capazes de identificar os sujeitos da pesquisa.

#### **4.8 Viabilidade**

O projeto mãe foi aprovado em edital 004/2009 da Fundação de Amparo à Pesquisa da Bahia (FAPESB) e conta com financiamento no valor de R\$ 23.550,00, para custeio de despesas com material de consumo, equipamentos e serviços de pessoa física e jurídica. Para esse projeto será destinada a quantia de R\$ 7.850,00.

Além disso, contará com o apoio do Núcleo de Epidemiologia (NEPI) da UEFS, que possui uma estrutura física adequada e equipamentos necessários, como computadores, impressoras e etc., participação de docentes pesquisadores, bem como bolsistas e voluntários que participarão da coleta e digitação de dados.

#### **4.9 Resultados esperados**

Os resultados obtidos serão disponibilizados para a comunidade acadêmica, para os movimentos sociais e população em geral através da elaboração e divulgação de relatórios de pesquisa, artigos científicos a serem publicados em periódicos especializados com vistas a contribuir com a produção do conhecimento sobre o tema. Além disso, o banco de dados que será formado, servirá de base para outras pesquisas que poderão contribuir na produção de conhecimento e na formulação de políticas públicas de prevenção e controle da violência no município de Feira de Santana.