



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Ximenes Guimarães, José Maria; Vasconcelos, Evaldo Eufrásio; Santos da Cunha, Rejane; Dantas de Melo, Ronaldo; Pinto, Luiz Felipe

Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, núm. 2, abril - junho, 2005, pp. 441-451

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63010219>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá*

Epidemiological study of the violence with knives in the county of Porto Grande, Amapá, Brazil

José Maria Ximenes Guimarães ¹
 Evaldo Eufrásio Vasconcelos ¹
 Rejane Santos da Cunha ¹
 Ronaldo Dantas de Melo ²
 Luiz Felipe Pinto ³

Abstract *The study approaches the violence problem, especially violent events with cutting weapon. It is a survey with the objects of analyzing epidemiological aspects present on those cases of violence with cutting weapon on the urban area of the county of Porto Grande – Amapá. The sample considered 50 victims of violence with cutting weapon and the collection of the database happened through secondary source, on the entry books of the Police Station and Emergency Service of “Unidade Mista de Saúde”. In addition it was used one tool to get the data in field. It was found that the biggest incidence of violence with cutting weapon was among men, especially, young men and teenagers, both single. It's true that the most victims has low degree, and low socioeconomic level, a population of “leisure”. The places that had the biggest occurrence of the events was: the public route and pubs, dance clubs and alikes. It's also stressed the faults on the registry of information related to violence on the institutions. One possible explanation of the events is the poverty, social exclusion, and the group fun drink-alcohol-violence, in this particular case.*

Key words White weapon, Violence in health, External cause morbidity

¹ Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, PITs/MS, Secretaria Municipal de Saúde de Porto Grande. Rodovia Perimetral Norte, s/n, 68997-000, Porto Grande AP
 joseximenes.guimaraes@bol.com.br

² Secretaria de Estado da Saúde do Amapá

³ Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. Centro de Ciências Biomédicas. Curso de Graduação de Medicina.

*Artigo extraído da monografia “Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá”, apresentada à Universidade Federal do Amapá.

Resumo O estudo aborda a problemática da violência, em particular os eventos violentos com uso de arma branca. De natureza transversal, tem o objetivo de analisar os aspectos epidemiológicos nos casos de violência por arma branca ocorridos na zona urbana em Porto Grande (AP). A amostra considerou 50 vítimas de violência por arma branca, e a coleta de dados ocorreu através de fonte secundária, constituída pelos livros de registros da Delegacia de Polícia e do Serviço de Emergência da Unidade Mista de Saúde. Em caráter adicional, foi aplicado um instrumento de coleta de dados em pesquisa de campo. Os achados revelaram que a maior incidência de violência envolvendo o uso de arma branca encontra-se entre os homens, representados principalmente por adultos jovens e adolescentes, ambos solteiros. Constatou-se ainda que a maioria das vítimas possui baixo grau de escolaridade e baixo poder aquisitivo, visto que é constituída por uma população de “desocupados”. Os locais de maior ocorrência dos eventos foram: a via pública e bares, boates e similares. Destaca-se também a existência de falhas nos registros de informações relacionadas à violência nas instituições. Como possíveis explicações para a presença destes eventos violentos aparecem a pobreza, a marginalidade e a exclusão social, além da tríade lazer-bebida alcoólica-violência, neste caso em particular.

Palavras-chave Arma branca, Violência em saúde, Morbidade por causas externas

Introdução

A violência nas suas mais variadas formas de manifestação, em virtude de sua tendência crescente, vem sendo referida nos últimos anos como um grave e relevante problema em diversos países, inclusive no Brasil.

Para Almeida (2000), a problemática da violência tem realmente causado preocupação no mundo inteiro, sobretudo aos profissionais envolvidos no atendimento dos seus efeitos, assim como do seu elevado número de vítimas. Ressalta ainda que a mesma já está inserida no cotidiano da população urbana e seus efeitos representam uma importante causa de mortalidade.

No Brasil, segundo Silva *et al* (1997), foi a partir de 1985, com o processo de redemocratização do País, que o problema da violência ganhou *status* de problema nacional. Para eles este fato está relacionado aos desajustes sociais que passaram a afetar cada vez mais as camadas sociais mais privilegiadas. A partir de então as atenções se voltaram para a delinqüência das camadas mais baixas e a violência passou a ser considerada fenômeno urbano.

O fenômeno da violência sempre foi tratado com maior ênfase no setor das ciências jurídicas e sociais, mas nos últimos anos vem se constituindo um sério problema de saúde pública, não só pelos danos físicos e psíquicos que ocasiona, mas também pelo número de óbitos em sua decorrência (Freitas *et al.*, 2000). Acredita-se que sua inserção no contexto do setor saúde não esteja relacionada somente aos danos físicos causados e até mesmo às sequelas deixadas, havendo aí a necessidade de intervenção médica e biomédica, mas também ao elevado ônus de custear a assistência nas emergências hospitalares e também com internações das vítimas da violência, que apesar de não ter estudos que quantifiquem estes custos com precisão, empiricamente pode-se afirmar que são elevados.

Apesar de a Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde/OMS ter incluído, há anos, nos seus códigos o problema da violência em um grupo chamado “causas externas”, durante muito tempo o setor saúde pareceu olhar a violência de forma indiferente ou como mero catalisador dos danos por ela causados às pessoas, ou ainda como mero contador dos eventos violentos em que as vítimas procuravam os serviços de saúde (Minayo & Souza, 1999). Por outro lado, segundo

as mesmas autoras, a partir da década de 1960 essa postura começa a mudar, quando os pediatras dos Estados Unidos começam a estudar, diagnosticar e tratar a chamada síndrome do bebê espancado – síndrome de Caffey. Mais tarde, nos anos 70, outros países também passam a entender os maus-tratos como um problema de saúde pública. Desde então, inicialmente no Estados Unidos, em seguida em outros países, começam a ser criados também programas nacionais de prevenção primária e secundária da violência, além de centrais de denúncias.

No Brasil, passou-se a observar uma preocupação maior com a problemática da violência no setor saúde a partir da década de 1980, atingindo seu apogeu no ano de 2001, quando se vê, mais proeminente, a elaboração de políticas públicas voltadas para a questão, com a publicação da portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta portaria visa reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas (Brasil, 2001). Além disso, houve a implantação de Grupos de Atividade e Monitoramento de Agravos por Fatores Externos em alguns Estados brasileiros, sendo o Amapá um dos pioneiros; a criação de Comitês de Prevenção de Acidentes e Violências na Infância e na Adolescência; e por último a aprovação pelo Congresso Nacional do Estatuto do desarmamento, dentre outras ações, que prevê, para outubro de 2005 um referendo popular sobre o fim da comercialização de armas no País.

Não obstante a essa nova conduta diante da problemática, dados da OMS revelam que no ano 2000 ocorreu 1,7 milhões de mortes em decorrência de violência em todo mundo, sendo que aproximadamente um terço foi homicídios, e um quinto decorrente de conflitos armados, o que nos faz consolidar a percepção da violência como um dos mais sérios problemas de saúde pública em todo o mundo e que ainda está distante de ser solucionado ou pelo menos amenizado (OMS, 2001).

A partir da década de 1980 as mortes por violência e acidentes tiveram uma tendência ascendente no Brasil, onde passaram da quarta para a segunda causa de mortalidade no País perdendo somente para as causas cardiovasculares; inclusive constituem a primeira causa na faixa etária de 5 a 39 anos, sendo que as mortes por violência superam as accidentais.

Por outro lado, um estudo realizado por Silva (2000), com dados de treze Estados brasileiros sobre homicídios nos anos de 1997 e 1998, revelou que quanto à incidência por tipo de arma em primeiro lugar está a arma de fogo (78,31%), seguido da arma branca (10,96%).

Evidencia-se que apesar de existirem no Brasil fontes oficiais de informação sobre a violência, dentre as quais destacam-se as Secretarias de Segurança Pública e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, o evento violento é pouco esclarecido tanto por parte da polícia quanto pelos serviços de Saúde. A ausência em ambas as instituições de dados necessários para o esclarecimento dos eventos violentos pode ser fruto da carência de formulários específicos ou do mau preenchimento destes, não só pela precariedade da investigação, como por falta de interesse ou descaso. Enfim, as informações são desqualificadas, portanto perdem seu potencial analítico (Njaine *et al.*, 1997).

Não obstante este problema, observa-se uma exploração “abusiva” dos eventos violentos pela mídia, muitas vezes limitando-se a uma divulgação sensacionalista, banalizando um tema sério e que necessita de uma abordagem científica que venha a contribuir para a sua compreensão, além de fornecer subsídios para intervenções eficazes e intersetoriais, no sentido de resolver ou pelo menos amenizar os impactos resultantes do problema.

Para abordar a questão da violência e sua repercussão, na perspectiva do setor saúde, faz-se necessário antes de tudo compreender que este fenômeno constitui também um problema de saúde pública, em decorrência da elevada morbidade e mortalidade por esta causa. Constitui-se esta realidade ao consultar dados disponíveis no Datasus referentes à morbimortalidade, sendo que aparecem na Classificação Internacional de Doenças, na sua 10^a revisão (CID-10), a partir de 1998, sob a denominação de causas externas, nas quais são agrupadas as mortes por acidentes, violências, envenenamentos e afogamentos.

Apesar de a violência ser um fenômeno de conceituação complexa e da multiplicidade de fatores envolvidos, este trabalho trata o fenômeno como sendo o uso agressivo da força física de indivíduos ou grupos contra outros, sendo que a possibilidade ou ameaça de usá-la constituem dimensão relevante da sua natureza e socialmente nenhum indivíduo ou grupo está isento de sofrer alguma forma de violência (Velloho, 1996).

É notório que a violência vem aumentando nos últimos anos nos centros urbanos, com acréscimo também do número de atendimentos de vítimas da mesma nos serviços de emergência, assim como do número de hospitalizações, o que é confirmado por Minayo e Souza (1999) quando afirmam que, a partir dos anos 80, as violências passaram a ocupar o segundo lugar no perfil de mortalidade, sendo os jovens do sexo masculino cada vez mais atingidos pelas violências, seja como vítimas seja como autores. Também o IBGE (2003) ressalta que as mortes violentas atingem com mais intensidade a população-residente da região Sudeste. Para o País com um todo, a taxa de mortalidade daqueles entre 15 e 29 anos, por exemplo, é de 175 mortes por 100 mil habitantes, chegando a 224 mortes por 100 mil habitantes no Sudeste, com o Rio de Janeiro aparecendo em primeiro lugar, com taxa de 285 mortes por 100 mil habitantes, seguido de Pernambuco (273,3) e São Paulo (260,2).

O problema da violência, nas suas mais variadas formas, envolve aspectos que extrapolam a esfera de competência do setor saúde. Porém não é difícil perceber que é sobre este que recai o maior ônus do problema, visto que é ele quem recebe e trata diariamente as vitimas, sobrecarregando o setor, que, há muito, luta por melhor política de financiamento e por maior aporte de recursos tecnológicos.

Diante da magnitude do problema, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, proposta pelo Ministério da Saúde em 2001, refere como princípio norteador que a *promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência* (Brasil, 2001), porém ainda se encontra em fase de sensibilização para a problemática e implantação de programas de prevenção da violência em alguns Estados brasileiros.

Apesar das inúmeras formas com que a violência é praticada, este estudo limita-se aos casos de violência em que ocorreu lesão corporal devido ao uso de arma branca. A secretaria da Justiça e da Segurança do Rio Grande do Sul, referindo o decreto federal nº 3.665/00 (R-105), considera como arma branca todo objeto perfurocortante, constituído por peças em lâmina ou oblonga. Refere ainda que segundo a doutrina e jurisprudência para efeito de caracterização de contravenção, vários objetos são reconhecidos como arma branca, dentre outros, as bengalas, sprays de gás, cassetetes, navalhas,

facas, facões, soco inglês (Rio Grande do Sul, 2001).

O interesse por este tema é fruto da observação freqüente de atendimento a vítimas de lesão por arma branca no serviço de emergência da Unidade Mista de Porto Grande (AP). Trata-se de um município de pequeno porte, entretanto visualizou-se um considerável número de vítimas, algumas fatais, no referido serviço. Isto gerou inquietações no sentido de compreender a(s) causa(s) e/ou fatores presentes na problemática abordada. Neste sentido, seguem os propósitos deste estudo vislumbrando elucidar estas inquietações e também contribuir científicamente na produção de conhecimento sobre o tema aqui apresentado. Para isso, pretendemos analisar alguns aspectos epidemiológicos presentes nos casos de violência por arma branca ocorridos na zona urbana do município de Porto Grande.

Material e métodos

O estudo é de natureza transversal, com cunho exploratório descritivo e uma abordagem quantitativa. Foi realizado no período de fevereiro a agosto/2003, quando foram analisados dados referentes ao período de março/2002 a março/2003 (13 meses). Neste estudo o foco está em aspectos relacionados à vítima.

O universo do estudo é constituído pelas vítimas de violência por arma branca no município de Porto Grande (AP), e que foram atendidas na unidade mista e/ou registraram ocorrência na polícia do município no período determinado para o estudo. Entretanto, a amostra é composta por 50 vítimas, sendo que o critério utilizado de inclusão considerado relaciona-se ao fato de a agressão ter ocorrido na zona urbana.

Os dados foram coletados no período de maio a junho, através de fontes de dados secundárias, constituídas pelos livros de registros de ocorrência da emergência da Unidade Mista de Saúde e da Delegacia de Polícia. Devido à inconsistência de registros, que apresentam também escassez de dados, foi preciso optar por uma fonte primária: um questionário com perguntas abertas e fechadas. Este foi aplicado aos participantes após a identificação dos mesmos nos livros de registros supracitados. Para localizar essas vítimas, contou-se com a colaboração de pessoas da própria comunidade e também dos agentes comunitários de saúde, que

foram treinados para aplicação do questionário. Os entrevistados eram informados dos objetivos do estudo e forneciam seu consentimento livre e esclarecido, ficando então ciente de que sua identidade seria mantida em sigilo, e que poderia desistir da participação a qualquer momento da entrevista. As informações coletadas seriam utilizadas somente para a pesquisa em questão, e a futura necessidade por acesso aos serviços de saúde do município, não sofreria qualquer prejuízo.

O local de estudo

O estudo foi realizado no município de Porto Grande, situado na parte central do Estado do Amapá, com uma extensão territorial de 4.402 km², sua sede dista 115 km da capital do Estado. Foi criado em 1º de maio de 1992, fazendo fronteira com o município de Ferreira Gomes ao norte; ao leste, com Macapá (capital), Magazão e Santana ao Sul; e ao oeste com Pedra Branca do Amapari.

A principal via de acesso para a capital e para os municípios vizinhos (Pedra Branca, Serra do Navio e Ferreira Gomes) é a rodovia BR-156, asfaltada somente no trecho Macapá – Porto Grande, o que faz com que o meio de transporte mais utilizado seja o rodoviário, embora seja usado também o ferroviário alguns dias da semana quando o trem faz o percurso Serra do Navio – Santana, passando pelo município.

Segundo o IBGE, o município conta com uma população de 12.828 habitantes, o que representa uma densidade demográfica total de apenas 2,9 hab./km². A taxa de crescimento anual da população no período de 1996-2000 foi da ordem de 11,31%, bem maior do que a do Estado que é 5,82% e muito maior que a do País como um todo, que foi de 1,67% nesse período. Acredita-se que o fluxo migratório decorrente principalmente do extrativismo mineral, presente no município, muito contribui para esta taxa elevada. Quanto ao sexo, 6.972 (54,3%) indivíduos são do sexo masculino e 5.856 (45,7%) do sexo feminino, gerando, portanto, uma razão de sexos de 119:1, ou seja, para cada grupo de 100 mulheres há cerca de 120 homens. A maior concentração populacional está na área urbana com cerca de 67% da população.

Quanto à hidrografia, o município é banhado pelos rios Amapari, Araguari e Vila Nova e de alguns riachos. Os mesmos têm impor-

tância cultural e econômica, sendo a pesca um item relevante. A base econômica de maior expressão no município é a exploração da madeira, estando presente também a atividade agrícola, gerando produtos para a comercialização e para a subsistência. Há também o extrativismo mineral, principalmente de seixo, pedras e areia para a construção civil, além de ouro e outros minerais de importância econômica como a cassiterita e a cromita, representando forte elemento de influência nos fluxos migratórios.

Com relação às atividades de turismo e lazer, estas se concentram principalmente nos balneários existentes e no festival anual do abacaxi, que acontece no mês de setembro. Ressalta-se que nos finais de semana a população também tem como lazer os diversos bares espalhados, assim como a praça localizada no centro da cidade, onde há também dois bares.

O município possui em sua estrutura educacional 22 escolas de ensino fundamental e apenas uma de ensino médio. Estima-se que cerca de 81,6% da população acima de 10 anos de idade seja alfabetizada (IBGE, 2000).

No setor saúde, o município encontra-se habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica/96. Está estruturado com uma unidade mista, que possui 18 leitos, propondo-se a prestar atendimento na clínica médica, pediátrica, gineco-obstetra e cirúrgica. A atenção básica conta com uma unidade básica na sede e cinco na zona rural. O setor de endemias conta com um posto de notificação na sede e dois no interior, todos funcionando com o serviço de microscopia para pesquisa de plasmódio, já que o município está inserido numa área considerada de alto risco para se contrair ou morrer por malária, segundo dados da Fundação Nacional de Saúde. Entretanto, o município é desprovido de outros serviços de apoio diagnóstico. Quanto aos recursos humanos de nível superior, existem três médicos, um odontólogo e cinco enfermeiros, sendo apenas um contratado pelo Estado e quatro do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS foi implantado em 1997 e atua com 19 profissionais.

Atualmente a segurança pública está estruturada com uma Delegacia da Polícia Civil e uma da Policia Militar. A primeira tem um contingente de onze profissionais, sendo um delegado, dois escrivães, dois agentes de polícia, quatro guardas de presídio, um agente admi-

nistrativo e um motorista; e tem uma viatura. A segunda tem um quantitativo de trinta policiais e duas viaturas.

Gregis (2002) ao referir dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) aponta que, no Estado do Amapá, a morte por causas violentas constitui a principal causa de mortalidade, com uma tendência crescente a partir de 1997. O autor lembra ainda que segundo o boletim estatístico de mortalidade por causas externas, produzido pelo Grupo de Atividade e Monitoramento de Agravos por Fatores Externos da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá, mais de 50% das mortes por causas externas são relacionadas à arma de fogo e arma branca. No momento, parece pertinente lembrar que até agora se enfatizou bastante a questão da mortalidade em decorrência da violência, isto se justifica pelo fato destas informações estarem mais acessíveis. No que se refere às informações sobre morbidade por esta causa há uma certa “indisponibilidade” ou por não serem produzidas adequadamente ou por não serem devidamente divulgadas. No caso de Porto Grande, por exemplo, o registro sobre morbidade por causas violentas é feito apenas no livro de ocorrências da emergência da unidade mista, no qual, na maioria das vezes, é registrado apenas o nome da vítima atendida e o procedimento executado; não descreve claramente o tipo de lesão e as circunstâncias na qual foi provocada, tornando difícil a diferenciação, ao analisar os dados, entre lesão por violência de lesões por outras causas. No caso da delegacia de polícia os registros de ocorrência, muitas vezes, limitam-se ao nome da vítima e a uma breve descrição sobre a ocorrência.

Enfrentando o problema da violência na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família, proposta pelo Ministério da Saúde, objetiva a reorganização da atenção básica à saúde, na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de agravos. É, portanto, uma estratégia de vigilância à saúde. Dessa forma, o foco de atenção à saúde desloca-se do ser biológico, com as ações centradas na clínica médica, para o grupo familiar e a comunidade, novo campo de atuação desses profissionais, vislumbrando o fortalecimento destes no enfrentamento de seus problemas de saúde (Gregis, 2002).

Partindo desses princípios, observa-se que essa mudança de atenção contempla o proposto pela Carta de Ottawa, no que diz respeito à promoção da saúde, ao afirmar que esta é um *processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (Brasil, 1996).

No que se refere ao problema da violência, é perceptível que os profissionais que atuam no saúde da família ocupam uma posição favorável quanto à possibilidade de detectar os possíveis fatores de risco, assim como traçar planos de ação preventiva no setor saúde, justamente por atuarem em área adstrita e estarem inseridos na comunidade, ou seja, mais próximos do contexto sociocultural do qual as famílias fazem parte.

Por outro lado, não se percebe uma atuação efetiva desses profissionais no desenvolvimento de ações voltadas para o controle e/ou prevenção do problema em questão. Vários fatores podem estar dificultando a ação dos profissionais no que diz respeito à abordagem e encaminhamento adequado dos casos de violência. Dentre estes fatores pode-se apontar a falta de uma linguagem e de conceitos que reúnem o conhecimento médico ao de outras áreas afins ao problema, como a jurídica e a social, o que reflete no despreparo dos profissionais para a abordagem adequada ao paciente vítima de violência (Brasil, 2002).

Além disso, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, proposta pelo Ministério da Saúde em 2001 (Brasil, 2001), apesar de referir como propósito que *a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes*, não deixa bem definidas as atribuições dos profissionais envolvidos no Programa Saúde da Família nesse processo. Porém, ao se conceber a estratégia de saúde da família como fundamental no processo de vigilância à saúde no sentido de promovê-la e prevenir agravos, assim como prestar assistência no nível primário, pode-se dizer que compete também aos profissionais que atuam nesta estratégia o atendimento às vítimas da violência, respeitando as limitações técnicas e estruturais, ou seja, de materiais e equipamentos das equipes.

Reconhecendo que diante da complexidade do problema da violência, as ações do setor saúde sofrem limitações, acredita-se que atuar na promoção e prevenção do problema exige

dos profissionais envolvidos no Programa Saúde da Família, além de conhecimentos técnicos e científicos, uma postura de mobilizadores sociais, no sentido de buscar parceiros que possam atuar diante da problemática, promovendo assim a intersetorialidade, visando prestar uma assistência holística à vítima de violência, ou seja, exige que estes assumam uma postura mais abrangente, percebendo e respeitando as peculiaridades culturais, e apoando as necessidades individuais e coletivas para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e até mesmos ambientais, conforme o proposto na Carta de Ottawa, ao definir a promoção da saúde.

Resultados

Durante o estudo foram encontrados 52 registros referentes a eventos violentos com uso de arma branca na Delegacia de Polícia Civil do município e 36 na Unidade Mista de Saúde, sendo que somente sete casos constavam em ambas as instituições, o que leva a um total de 81 episódios de violência com uso de arma branca registrados no período de março/2002 a março/2003. Entretanto, trabalhou-se apenas com uma amostra de 50 casos, sendo o critério para seleção o fato de as vítimas terem sofrido a agressão na zona urbana do município.

Os eventos violentos por arma branca representavam nesse período 45,3% do total de ocorrências registradas na Delegacia de Polícia Civil do município de Porto Grande, superando todos os demais tipos de eventos, como ameaça/lesão por arma de fogo, espancamento, tentativa de estupro, acidentes de trânsito e suicídio, por exemplo. Se analisarmos os óbitos por causas externas ocorridos nessa mesma época, poderemos constatar que também aqui, o maior causador de mortes, responsável por 40% do total de óbitos registrados no município são as lesões oriundas de arma branca, seguidas pelas lesões por arma de fogo (20%), acidente de trânsito (20%) e afogamento (20%).

Vislumbrando conhecer o perfil da população estudada, determinamos a distribuição por sexo e faixa etária, objetivando verificar a existência ou não de correlação entre estas variáveis e a casuística da violência em Porto Grande.

Observa-se um predomínio de pessoas do sexo masculino (90%) e maior incidência na faixa etária de 20 a 24 anos (40%), seguida pelas faixas de 15 a 19 anos (24%), de 25 a 30 anos

(16%) e de 31 a 39 anos (10%), perfazendo uma média de 26 anos. Assim, com base nestes dados, pode-se afirmar que a violência atinge com maior intensidade os adolescentes e mais ainda os adultos jovens.

Quanto ao Estado de origem, as vítimas de agressão por arma branca no município de Porto Grande são, na grande maioria, oriundas do Amapá (76%), sendo que apenas 24% são procedentes de outros Estados como Pará e Maranhão.

Em relação ao estado civil, observa-se uma maior participação de solteiros, com 34 vítimas (68%), seguida dos que vivem em união estável com 15 vítimas (30%), e por um casado (2%). Possivelmente essa maior expressão de solteiros pode estar relacionada à idade dos mesmos, visto que se observou também que 24% dos casos estão na faixa etária de 15 a 19 anos, fase em que muitas vezes ainda não têm projetos de vida concretos. Acredita-se também que a menor freqüência de vítimas em união estável e casados se deve ao fato destes já possuírem um projeto de vida em conjunto, em que se envolver em eventos desta natureza levaria a perdas maiores inclusive para a família.

Ao se investigar o perfil das vítimas, no que diz respeito ao grau de escolaridade, observou-se que 14% são analfabetas, 24% alfabetizadas e 36% possuem apenas o 1º grau incompleto. A população com um grau de escolaridade mais elevado, 1º grau completo, 2º grau completo e incompleto, representa apenas 26%, não tendo sido encontrado nenhuma vítima com nível superior. Este panorama de baixa escolaridade pode inclusive refletir na alta taxa de desocupados, o que possivelmente tem como consequência o aumento da pobreza e da miséria.

Quanto à atividade laboral das vítimas, ou seja, sua ocupação principal, evidenciou-se que esta é bastante diversificada, porém são ocupações desprovidas de *status* social. Chama a atenção o elevado número de vítimas sem ocupação (46%), mostrando que a ociosidade contribui, neste caso, expressivamente para o aumento da violência. Este pensamento se solidifica quando Lima e Ximenes (1998) afirmam que os processos sociais tais como a marginalidade e o desemprego, em razão da sua estrutura, contribuem para a explicação da violência. Outro achado importante é o fato de 10% das vítimas encontradas serem profissionais vigilantes. Entretanto, os mesmos referiram no questionário aplicado que as agressões não ocorreram no local de trabalho. Este fato é preocu-

pante, pois sabe-se, empiricamente, que estes profissionais se revestem de um pseudo-poder em virtude da sua condição profissional e até mesmo do porte físico requerido para tal ocupação. Além disso, portam arma (mesmo que seja um simples cassetete) durante o horário de trabalho, o que possivelmente estaria influenciando na formação de uma personalidade ou postura violenta.

Analizando a renda da população em estudo, observa-se que 50% das vítimas vivem sem renda própria, 10% com renda inferior a um salário e 34% com um salário mínimo, o que totaliza 94% desta população e representa a condição miserável da mesma. Vivem, portanto, na pobreza e na exclusão, onde suas famílias são isoladas do amparo social. Este fato é comprovado quando, ao se investigar a principal ocupação das vítimas, 46% das mesmas referem não ter nenhuma ocupação laboral e 2% referiram serem estudantes. Além do fato de que os "ocupados" têm uma renda que muitas vezes garante precariamente a sua subsistência conforme assinalado anteriormente.

Ao se analisar o motivo da agressão referido pelas vítimas, verifica-se uma variedade de motivos desencadeantes. Em 32% dos casos não foi informado especificamente o motivo ou uma única causa. Chama a atenção o fato de 18% destas vítimas terem referido como principal motivo da agressão o uso de bebida alcoólica ou de drogas, o que denota uma forte relação entre violência, álcool e drogas.

Outro achado que chamou atenção é a questão da presença de causas passionais em 10% dos casos, o que reflete a possível infidelidade, principalmente nas relações entre os jovens que vivem a falta de confiança em suas relações, até mesmo a necessidade de manter sua "honra", ou se defenderem de acusações que supostamente degredam sua imagem. É também relevante o fato de 10% destes episódios serem em decorrência de dívidas, o que nos faz entender que o baixo poder aquisitivo em decorrência do desemprego e consequente falta de renda própria realmente poderia ser fator causal da violência. Constatamos através da pesquisa de campo, que motivos aparentemente simples ou dívidas de valores ínfimos podem motivar violência de consequências desproporcionais.

Apesar de o centro de Porto Grande não ser o bairro mais populoso, os dados revelam que 60% das agressões por arma branca aconteceram nessa localidade, o que poderia ser explicado pela existência de um considerável núme-

ro de bares, um balneário e uma praça, locais nos quais toda a população do município procura diversão/lazer nos finais de semana, associando, muitas vezes esta atividade com o abuso de álcool. Assim, na explicação das causas das agressões no município está presente a tríade de lazer-bebida alcoólica-violência, como uma de suas explicações.

Por outro lado, bairros como Aeroporto, com 24% dos casos e Malvinas com 8%, o registro de agressões por arma branca explica-se pela presença de diversos bares e boates, portanto também está presente a tríade acima referida. Além disso, existe ainda a rivalidade coletiva entre grupos de jovens, referida pelas próprias vítimas entrevistadas, o que também explica a problemática abordada.

Quanto ao local de ocorrência, observou-se uma maior incidência dos eventos violentos em locais como bares, boates e similares em 34% dos casos. Na via pública ocorreram 26% dos casos, 12% em balneários e 28% em outros locais. A maior incidência em locais de lazer está atrelada a ingestão de bebida alcoólica nestes locais.

Pode-se constatar que a violência está presente de forma mais intensa nos finais de semana, sendo que a maior incidência de agressões por arma branca em Porto Grande ocorreu nos dias de sábado com 48% dos casos, seguido pelos domingos (22% dos casos) e sextas-feiras (20%). Analisando-se ainda a distribuição temporal, percebeu-se a maior incidência no período noturno em 78% dos casos. Este fato reforça um elemento já abordado anteriormente, que é a relação entre álcool e violência, visto que nesses dias e horário ocorre o maior consumo de bebidas alcoólicas, como uma opção de lazer. O que reforça também, neste caso em particular, a relação entre lazer e violência, visto que um considerável número de agressões ocorreu em locais de lazer e em virtude da ingestão de álcool nestes locais.

No que tange às regiões do corpo lesadas, constata-se a predominância de lesões em regiões como membros, o que denota uma menor gravidade imediata da vítima, do ponto de vista clínico. Assim como lesões na cabeça, geralmente couro cabeludo, também revelam menor gravidade, pelo fato destas regiões não abrigarem órgãos vitais.

Por outro lado, apesar de a maioria das vítimas terem sido lesadas em regiões que abrigam órgãos vitais, as lesões não representaram gravidade, pois apenas 10% delas ao procurar

o hospital foram submetidas à cirurgia, e 30% ficaram de observação e/ou internados. As demais se submeteram apenas à sutura e/ou curativo simples, pois sofreram lesões superficiais, ou por tentar se defender da agressão ou ainda pelo fato de o agressor não conseguir atingi-lo mais severamente por não ter intenção de matar (Tabela 1).

Discussão

Vários estudos, em diversas capitais brasileiras, revelam maior incidência de lesões e óbitos em decorrência da arma de fogo, o que talvez seja justificado pelo maior aporte financeiro e pela presença do crime organizado em algumas. No caso de Porto Grande, apesar de ser uma cidade de pequeno porte localizada no interior do Estado do Amapá, a violência está presente e se manifesta nas suas mais variadas formas, porém a maior incidência é representada por aquela praticada com arma branca e tem como consequência mais drástica um significativo número de óbitos em decorrência de lesões.

Este aspecto talvez seja reflexo da pobreza na qual esta população vive mergulhada. Outro fator que também contribui para tal realidade é o fato deste tipo de arma poder ser adquirida facilmente no comércio, ou ser fabricada artesanalmente em casa, visto que qualquer objeto perfurocortante pode ser considerado arma branca (Teixeira, 2001). Este autor ainda aponta para a falta de mecanismos de controle da venda deste tipo de arma, principalmente facas, pois sua venda se dá em larga escala no comércio, podendo ser adquirida por qualquer pessoa. Por outro lado percebe-se, no cenário nacional, políticas de fiscalização e controle da venda de arma de fogo e, mais recentemente, a chamada política de desarmamento, como necessidade urgente em virtude dos elevados índices de violência praticada com este tipo de arma principalmente nos grandes centros urbanos.

Destaca-se que no período em estudo 40% dos óbitos por causas externas no município de Porto Grande se devem a lesões por arma branca, atingindo principalmente os adultos jovens, pessoas com menos de 40 anos. Este fato está em consonância com estudos nesta área realizados por vários autores, dentre eles Silva (2000) e Freitas *et al.* (2000). Minayo & Souza (1999) também afirmam que grupos jovens são cada vez mais atingidos, seja como vítimas, seja co-

mo autores. Sendo que este fato pode estar relacionado a conflitos e desigualdades sociais, à exclusão social e também à impunidade das infrações e delinqüência.

O sexo masculino é o mais atingido pela violência, o que revela que este é um grupo mais exposto aos problemas sociais, além da "cultura machista" ainda predominante na sociedade, sobretudo nos locais menos desenvolvidos, de que o homem tem mais liberdade e além de ter sempre de "defender sua honra", o que o torna mais vulnerável.

Aqui, é válido ressaltar que se visualiza uma maior exposição à violência de indivíduos do sexo masculino, ainda na adolescência e adultos jovens, o que, por um lado, faz lembrar que isto também pode estar atrelado não só a problemas sociais, mas também a imaturidade destes e a ausência de projetos de vida bem definidos.

O fluxo migratório é outro componente que contribui significativamente para a elevada taxa geométrica de crescimento anual da população de Porto Grande, que é uma das maiores do Estado, neste caso em particular, pode-se dizer que também está relacionado com o aumento da violência no perímetro urbano de Porto Grande, principalmente em virtude da migração relacionada com a exploração mineral nos garimpos. Entretanto, esta realidade diverge da encontrada por Lima & Ximenes (1998) no estudo sobre violência e morte no espaço urbano do Recife, no qual concluíram que não há associação entre violência e migração.

A baixa escolarização observada entre a população estudada não deve ser associada com a casuística da violência. Por exemplo, Gregis (2002 *apud* Zaluar & Leal, 2001) refuta a relação de associação entre "menos escolarização mais violência", a partir da constatação dos maiores índices de escolarização no Rio de Janeiro que é também o Estado brasileiro com os maiores índices de criminalidade e de mortes violentas.

Constatou-se também que apesar de somente 18% referirem como motivo para agressão a ingestão de bebida alcoólica ou uso de drogas, na verdade 68% disseram ter ingerido bebida alcoólica *antes da prática do episódio violento*, o que pode ter levado a própria vítima a provocar o agressor, induzindo-o a prática do ato. Assim teríamos o que se pode chamar de vítima precipitante, termo utilizado por Wolfgang (1958 – *apud* Minayo & Deslandes, 1998) para caracterizar a vítima de violência que provocou primeiro o agressor. Ainda, segundo Minayo & Deslandes (1998), é bastante complexo

o fenômeno da violência e sua ligação com álcool e drogas, exigindo que o assunto seja tratado com instrumentos, conhecimentos e ações que ultrapassem a mera representação e moralismo simplista.

Considerações finais

Neste estudo constatou-se o caráter polissêmico e complexo, por vezes controverso, da violência, independente da área do conhecimento que a aborde. Contudo, foi possível caracterizá-la como um sério problema de saúde pública, apesar de a mesma não constituir um objeto exclusivo deste setor, exigindo assim subsí-

Tabela 1

Resumo das principais características das vítimas de violência por arma branca no Município de Porto grande (AP) – 2002/2003 (n = 50).

Características	n	%
Sexo		
Masculino	45	90,0
Feminino	5	10,0
Idade		
15 a 19 anos	12	24,0
20 a 24 anos	20	40,0
Naturalidade		
Amapá	38	76,0
Pará/Maranhão	12	24,0
Situação conjugal		
Solteiro	34	68,0
União estável	15	30,0
Casado	1	2,0
Grau de escolaridade		
Analfabeto	7	14,0
Alfabetizado	12	24,0
1º grau incompleto	18	36,0
1º grau completo	4	8,0
2º grau incompleto	8	16,0
2º grau completo	1	2,0
Ocupação principal		
Sem ocupação	23	46,0
Vigilante	5	10,0
Trabalhador braçal	4	8,0
Pintor	3	6,0
Renda		
Sem rendimento	25	50,0
Menor que um salário-mínimo	5	10,0
Um salário-mínimo	17	34,0
Dois a quatro salários-mínimos	2	4,0
Mais que 4 salários-mínimos	1	2,0

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Resumo das principais características das vítimas de violência por arma branca no Município de Porto Grande (AP) – 2002/2003 (n=50).

Características	n	%
Motivo da agressão		
Álcool/drogas	9	18,0
Passional	5	10,0
Dívidas	5	10,0
Rivalidades coletivas	4	8,0
Assalto	4	8,0
Atividades sociais	3	6,0
Bairro de ocorrência		
Centro	30	60,0
Aeroporto	12	24,0
Malvinas	4	8,0
Copalma	2	4,0
Bobó	1	2,0
Beira-Rio	1	2,0
Local de ocorrência		
Bares, boates e similares	17	34,0
Via pública	13	26,0
Balneários	6	12,0
Outros (*)	14	28,0
Dia da semana		
2ª a 5ª feira	5	10,0
6ª feira	10	20,0
Sábado	24	48,0
Domingo	11	22,0
Região do corpo lesada		
Membros superiores/inferiores	18	36,0
Abdômen	15	30,0
Cabeça	14	28,0
Tórax anterior	12	24,0
Pescoço	7	14,0
Tórax posterior	6	12,0
Outras regiões	1	2,0

Fonte: Questionário aplicado no campo.

(*) Inclui outros locais que aparecem de forma residual como campo, casa, local de trabalho.

dios para sua compreensão e intervenções que extrapolam a esfera de competência da área da saúde.

Dentre as dificuldades de se realizar estudos sobre violência, destaca-se a falta de registros ou inconsistência destes nos órgãos responsáveis oficialmente pela atividade, no caso as Delegacias de Polícia e as Unidades de Saúde, referidas pelos poucos estudiosos do assunto no Brasil, o que se confirmou na realidade do município onde este estudo foi realizado.

Evidenciou-se que as vítimas da violência por arma branca em Porto Grande, na sua maioria, são indivíduos adolescentes e adultos jo-

vens, com baixo grau de escolaridade, sem renda própria, como consequência da elevada taxa de desocupados. As agressões ocorrem na maioria das vezes, nos finais de semana, em bares, boates e similares.

Os dados coletados e os achados na literatura permitem considerar que o fenômeno da violência tem relação direta com a marginalidade e a exclusão social. Além disso, também contribui para o aumento da mesma o uso abusivo de bebida alcoólica e de drogas. No caso de Porto Grande, em particular, observou-se uma associação desse problema de saúde pública com a tríade lazer-bebida alcoólica-violência.

No Brasil, o setor saúde, apesar da dificuldade estrutural de lidar com a problemática da violência, seja por falta de uma linguagem e de conceitos que reúnem o conhecimento médico ao de áreas afins, seja pela falta de um melhor aparato tecnológico, em algumas situações, e de melhor política de financiamento, vem nos últimos anos tentando estabelecer ações mais abrangentes que visam à redução deste problema, como se percebe com a atual política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências proposta pelo Ministério da Saúde.

Espera-se que estas ações não sejam isoladas, mas que consigam articular-se intersetorialmente visando à promoção de ambientes saudáveis, melhorias na qualidade de vida e saúde da população, além da capacitação da mesma no sentido de atuar efetivamente no controle deste processo, vislumbrando a redução deste mal que aflige a humanidade e suas consequências danosas, inclusive a ceifa de vidas prematuramente. Por outro lado, urge também a necessidade de intervenções eficazes na área social visando minimizar as desigualdades sociais. Algumas ações poderiam ser implementadas, tais como: a) realização de fóruns de discussão sobre a problemática da violência no município; b) sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para atuar de forma integral na abordagem à vítima de violência; c) criação de protocolos, nas unidades de saúde, para atendimento e registros adequados das informações, de forma unificada entre a delegacia de polícia e a unidade mista de saúde do município; d) articulação intersetorial, visando à criação de “ambientes saudáveis”; e) intervenções, na área social, visando a geração de emprego e renda.

Colaboradores

JMX Guimarães participou de todas as etapas do trabalho, sendo responsável pela estruturação do banco de dados, análise e revisão da literatura. EE Vasconcelos e RS Cunha, pela análise e coleta de dados. RD Melo e LF Pinto, pela concepção metodológica, análise dos dados e revisão da versão final.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Coordenação do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) do Amapá e também à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz, pela possibilidade de realização deste trabalho, quando da participação no Curso de Especialização em Saúde da Família na cidade de Macapá (AP).

Referências bibliográficas

- Almeida HD 2000. Violência urbana: adolescentes em emergência pública, pp. 10-12. In *Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. ABEn-Governo Federal, Brasília.
- Brasil 1996. *Promoção da Saúde: Carta de OTTAWA*. Brasília, Distrito Federal.
- Brasil 2001. *Política Nacional de Redução da Mortimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/5/01 publicada no DOU nº 96 seção 1E, de 18/5/01*. Brasília, Distrito Federal.
- Brasil 2002. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica – nº 8. Brasília.
- Freitas ED *et al.*, 2000. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 16(4):1.059-1.070.
- Gregis C 2002. *Atuando na Atenção Básica à Saúde: as representações sociais da violência em Laranjal do Jari*. Monografia do Curso de Especialização em Saúde da Família. Macapá: Universidade Federal do Amapá.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2000. *Censo Demográfico de 2000*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acessado em 16 de julho de 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2003. *Síntese de Indicadores Sociais* 2002. Departamento de População e Indicadores Sociais, Rio de Janeiro.
- Lima MLC & Ximenes R 1998. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cadernos de Saúde Pública* 14(4):829-840.
- Minayo MCS & Souza ER 1999. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(1):7-32.
- Minayo MCS & Deslandes SF 1998. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública* 14(1):35-42.
- Njaine K *et al.* 1997. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública* 13(3):405-414.
- Organización Mundial de la salud (OMS). *Violencia y salud*. Consejo Ejecutivo – 109ª Reunión, 2001. Disponível em <www.who.int/gb/EB_wha/PDF/EB109/seb10915.pdf>. Acessado em 9 de julho de 2003.
- Rio Grande do Sul 2001. *Instrução Complementar Nº 008/Nº 075/Bm/Embri/2001*. Secretaria da Justiça e da Segurança, Porto Alegre.
- Silva AAS 1997. *A violência no cotidiano da cidade de Macapá (1991-1996)*. Monografia Curso de Graduação em História. Macapá, Amapá: Universidade Federal do Amapá, Macapá.
- Silva JF 2000. *Homicídios no Brasil: 1997 – 1998*. Movimento Nacional de Direitos Humanos. Disponível em <www.dtinet.org.br/mnh/bdados/btxt1.htm>. Acessado em 27 de junho de 2003.
- Teixeira PS 2001. *Faca: uma arma ao alcance de todos*. In A Gazeta, Rio Branco – AC. Disponível em <www.agazeta-acre.com.br/1607geral.htm>. Acessado em 27 de junho de 2003.
- Velho G 1996. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In G Velho & M Alvito (orgs). *Cidadania e violência*. UFRJ-FGV, Rio de Janeiro.