

**TENDÊNCIA TEMPORAL DA MORBIMORTALIDADE POR AGRESSÕES INTERPESSOAIS NO
ESTADO DE SERGIPE, BRASIL, 2008 A 2017**Yann Phillipe Vilela de Almeida^a<https://orcid.org/0000-0003-3025-598X>Marco Aurélio de Oliveira Góes^b<https://orcid.org/0000-0003-0953-9320>**Resumo**

A violência interpessoal é um importante problema de saúde pública atualmente, sendo causa de grande morbidade e mortalidade. Este estudo tem como objetivo avaliar a tendência temporal das taxas de internações hospitalares por violência interpessoal e por homicídios no estado de Sergipe, de 2008 a 2017. Trata-se de uma série temporal, com dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade e do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, de 2008 a 2017, referentes à violência interpessoal e homicídios no estado de Sergipe. Foi calculada a *annual percentage change* (APC) e as tendências foram consideradas estacionárias quando o coeficiente de regressão não foi significativamente diferente de zero ($p > 0,05$). Foram registrados 3.215 internamentos por violência interpessoal e 9.640 homicídios no estado. A violência interpessoal predominou nos homens, tanto nos internamentos (89,9%) como nos óbitos (94,1%). Entre 20 e 29 anos houve a maior proporção dos internamentos (38,9%) e óbitos (39,8%). Houve tendência crescente das taxas de internamento por violência interpessoal (APC = 13,2) e da taxa de homicídios (APC = 10,5). A taxa de mortalidade por armas de fogo tem apresentado tendência de crescimento (APC = 13,9), enquanto a por armas brancas e a por outros meios têm apresentado tendência estacionária. A violência em Sergipe tem sido uma preocupante causa de mortalidade e morbidade hospitalar, mostrando-se um problema de saúde relacionado a causas sociais e culturais, o que exige uma abordagem complexa e intersetorial para que os impactos possam ser observados ao longo dos próximos anos.

Palavras-chave: Homicídios. Indicadores de saúde. Mortalidade. Epidemiologia. Tendência temporal.

^a Médico. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: yannphillipe@hotmail.com

^b Médico. Doutor em Ciências da Saúde. Docente no Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil. E-mail: maogoes@gmail.com

Endereço para correspondência: Avenida Deputado Sílvio Teixeira, n. 691, Jardins. Aracaju, Sergipe, Brasil. CEP: 49025-100. E-mail: maogoes@gmail.com

TIME TRENDS IN MORBIDITY AND MORTALITY BY INTERPERSONAL VIOLENCE IN THE STATE OF SERGIPE, BRAZIL, FROM 2008 TO 2017

Abstract

Interpersonal violence is major current public health issue, causing great morbidity and mortality. Hence, this study evaluates the time trends of admission rates due to interpersonal violence and homicides in the state of Sergipe, Brazil, from 2008 to 2017. This time series uses secondary data available in the Mortality Information System and the SUS Hospital Information System, from 2008 to 2017, regarding interpersonal violence and homicides in Sergipe. The Annual Percentage Change (APC) was calculated, and trends were considered stationary when the regression coefficient was not significantly different from zero ($p > 0.05$). Sergipe recorded 3215 hospitalizations due to interpersonal violence and 9640 homicides. Men showed the highest rate of interpersonal violence, both in hospitalizations (89.9%) and deaths (94.1%). Most inpatients (38.9%) and deaths (39.8%) were between 20 and 29 years of age. Results point to an increased trend for admissions due to interpersonal violence ($APC = 13.2$) and for homicide rates ($APC = 10.5$). Firearm mortality rate shows a growing trend ($APC = 13.9$), while cold arms and other means present a stationary trend. Violence in Sergipe has been a major cause of mortality and morbidity, proving to be a health issue related to social and cultural causes, requiring a complex and cross-sectoral approach so its impacts can be monitored over the next few years.

Keywords: Homicide. Health indicators. Mortality. Epidemiology. Time trend.

TENDENCIA TEMPORAL DE LA MORBIMORTALIDAD POR AGRESIONES INTERPERSONALES EN EL ESTADO DE SERGIPE, BRASIL, DE 2008 A 2017

Resumen

La violencia interpersonal es un grave problema de salud pública en la actualidad, y la causa de gran morbilidad y mortalidad. Este estudio tiene el objetivo de evaluar la tendencia temporal de las tasas de hospitalizaciones por violencia interpersonal y de homicidios en el estado de Sergipe (Brasil), de 2008 a 2017. Esta es una serie temporal, con datos secundarios del Sistema de Información de Mortalidad y del Sistema de Información del Hospital del Sistema Único de Salud, de 2008 a 2017, sobre la violencia interpersonal y los homicidios en el estado de Sergipe. Se calculó el *annual percentage change* (APC) y las tendencias se consideraron estacionarias

quando el coeficiente de regresión no fue significativamente diferente de cero ($p > 0,05$). Se registraron 3.215 hospitalizaciones por violencia interpersonal y 9.640 homicidios en Sergipe. La violencia interpersonal predominó en los hombres, tanto en las hospitalizaciones (89,9%) como en los óbitos (94,1%). Entre los 20 y 29 años hubo la mayor proporción de las hospitalizaciones (38,9%) y óbitos (39,8%). Se observó una tendencia creciente de las tasas de hospitalización por violencia interpersonal ($APC = 13,2$), y de la tasa de homicidios ($APC = 10,5$). La tasa de mortalidad por armas de fuego mostró una tendencia al crecimiento ($APC = 13,9$), mientras que las por armas blancas y otros medios presentaron tendencia estacionaria. La violencia en Sergipe es una importante causa de mortalidad y morbilidad hospitalaria, y un grave problema de salud con causas sociales y culturales, lo que requiere un abordaje complejo e intersectorial para que los impactos puedan ser observados a lo largo de los próximos años.

Palabras clave: Homicidios. Indicadores de salud. Mortalidad. Epidemiología. Tendencia temporal.

INTRODUÇÃO

A violência interpessoal é um importante problema de saúde pública, afetando principalmente adultos jovens, em diferentes regiões do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 477 mil assassinatos ocorreram globalmente em 2016, sendo que 80% das vítimas de homicídio eram homens¹.

A partir da década de 1980, constatou-se no Brasil o crescimento da violência social, principalmente nos espaços urbanos das grandes cidades. Essa violência, entretanto, não afeta os indivíduos igualmente, nem se distribui homogeneamente nos diferentes espaços sociais. Assim, elas variam de intensidade ao longo do tempo, dependendo das condições sócio-históricas, econômicas, políticas e culturais².

O Brasil é a nação onde, em números absolutos, mais pessoas são vítimas de homicídios no mundo, chegando a 62.517 homicídios em 2016, uma relação de 30,3 mortes a cada 100 mil habitantes^{3,4}. Esses números variam muito entre cada região do país: estados do Norte e do Nordeste têm observado um aumento na Taxa de Mortalidade por Homicídios (TMH), enquanto alguns estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste observaram decréscimo. A evolução das taxas de homicídios no país, nos últimos anos, não ocorreu de forma uniforme. É possível observar significativas diferenças entre regiões e unidades federativas. No período entre 2006 e 2016, o estado do Rio Grande do Norte teve um acréscimo de 256,9% no número de homicídios; já São Paulo teve um decréscimo de 46,7%⁵.

Jovens com idade entre 15 e 29 anos são as grandes vítimas de homicídio no Brasil. Em 2016, 33.590 jovens perderam suas vidas, a grande maioria homens (94,6%). Negros e pardos compõem o grupo étnico mais atingido pela violência no Brasil, sendo a taxa de homicídios de negros 2,5 vezes maior do que a de não negros. Verifica-se que, em estados como Alagoas, por exemplo, outros grupos étnico-raciais apresentam taxas de homicídios semelhantes a países como Estados Unidos. Por outro lado, no estado a taxa de homicídios de negros é compatível com países como Honduras, hoje considerado o mais violento do mundo^{1,2,5,6}.

Alguns relatórios apontam que o estado de Sergipe tem apresentado destaque nos últimos anos em relação aos indicadores de violência interpessoal. Em 2016, ocupou o posto de estado com maior taxa de homicídios do país, principalmente por arma de fogo⁵. Sendo assim, torna-se importante aumentar a compreensão desse fenômeno e de sua evolução no estado de Sergipe.

Este estudo tem como objetivo avaliar a tendência temporal das taxas de internações hospitalares por violência interpessoal e de homicídios no estado de Sergipe, Nordeste do Brasil, de 2008 a 2017.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional ecológico, do tipo série temporal. O estudo foi realizado no estado de Sergipe, situado na região Nordeste do Brasil e limitado pelo oceano Atlântico, a leste, estado da Bahia, a oeste e a sul, e de Alagoas, a norte, do qual está separado pelo rio São Francisco. É o menor dos estados brasileiros, ocupando uma área total de 21.915,116 km², com população de 2.068.017 habitantes distribuídos em 75 municípios.

O estado encontra-se dividido em sete regiões de saúde, denominadas pelo município sede como Aracaju, Nossa Senhora do Socorro, Estância, Lagarto, Itabaiana, Propriá e Nossa Senhora da Glória.

A população do estudo é constituída por todas as pessoas residentes no estado de Sergipe com óbito por homicídios registrado no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e com internamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), de 1 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2017.

Como o objetivo foi avaliar a tendência da morbimortalidade por violência interpessoal, para a análise foram utilizados os bancos de dados oficiais do SUS, sendo o do SIM para avaliar os óbitos, tendo em vista a sua alta cobertura e qualidade. Para avaliar a morbidade foi utilizado o SIH/SUS, onde estão registradas as internações realizadas em hospitais do SUS. Apesar das informações do SIH/SUS limitarem-se aos atendimentos do SUS, ele tem sido o principal banco utilizado nas análises de internações hospitalares.

Considerou-se a definição de causas externas como o conjunto de agravos à saúde responsáveis por algum tipo de lesão, seja física, mental ou psicológica, podendo ou não levar ao óbito. Essas lesões, por sua vez, podem ser classificadas com um dos códigos do capítulo XX da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Dentre as causas externas foram selecionadas para o estudo aqueles relacionados à violência interpessoal (agressões), correspondente aos códigos X85 a Y09 da CID-10, referidos como homicídios no SIM.

Os dados do SIM e do SIH foram captados junto à Diretoria de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Em seguida, esses foram extraídos com a utilização do programa desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) para tabulação dos bancos de dados do Sistema Único de Saúde (Tab para Windows – TabWin) e depois importados para o programa Excel® 2016, no qual foi realizada a análise.

Os dados populacionais foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base nas estimativas populacionais para os anos intercensitários.

Foram analisadas as variáveis sexo (masculino e feminino); faixa etária (0 a 9, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24, 25 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 e mais anos); raça/cor (branca, negra, parda, amarela, indígena); regional de saúde de residência; e meio de agressão (arma de fogo, arma branca e outros meios).

A TMH foi calculada usando como denominador o número de óbitos de residentes por homicídios (agressões) $\times 100$ mil / população total residente ajustada ao meio do ano. Os óbitos por agressões correspondem aos códigos X85 a Y09 do capítulo XX – Causas externas de morbidade e mortalidade – da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A TMH foi calculada para a população geral, por sexo, por faixa etária e por região de saúde de residência.

A Taxa de Internação Hospitalar (TIH) por violência interpessoal foi calculada usando como denominador o número de internamentos de residentes por agressões (códigos X85 a Y09 do capítulo XX) $\times 100$ mil / população total residente ajustada ao meio do ano. A TIH foi calculada para a população geral, por sexo, por faixa etária e por região de saúde de residência.

Na análise de tendência relativa à série temporal de 2008 a 2017, foram utilizados os modelos de regressão linear de Prais-Winsten para quantificar as variações anuais das taxas de mortalidade e de internamento com o respectivo intervalo de confiança de 95%. Foi calculada a Variação Percentual Anual (*Annual Percentage Change* – APC) e as tendências foram consideradas estacionárias quando o coeficiente de regressão não foi significativamente diferente de zero ($p > 0,05$), ascendentes quando o coeficiente foi positivo e descendentes quando o coeficiente foi negativo.

Para realizar a distribuição espacial da mortalidade por homicídios e dos internamentos por violência interpessoal do estado de Sergipe, foi calculada a taxa de mortalidade média quinquenal de cada município, para evitar distorções e grandes variações nos municípios pequenos. O período foi distribuído para calcular a taxa de mortalidade média por município em dois períodos de cinco anos (2008-2012 e 2013-2017). Como numerador foi utilizada a média quinquenal dos óbitos e internamentos por agressões, em cada município, pela população residente no município no ano mediano do período (2010 e 2015, respectivamente) por 100 mil habitantes. Para a plotagem das TMH (média quinquenal) e TIH, foi utilizada a malha municipal disponibilizada pelo IBGE, por meio do TabWin.

O estudo utilizou banco de dados secundários, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual, atendendo às recomendações da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

No período avaliado foram registrados 3.215 internamentos por violência interpessoal no SIH/SUS e 9.640 óbitos por homicídios no SIM relativos à população residente no estado de Sergipe.

No período estudado identificou-se a tendência crescente da proporção de internamentos e óbitos por causas externas no estado de Sergipe. Da mesma forma, foi verificada participação da violência interpessoal como causa maior de morte e internamento entre as causas externas. Em 2008, as causas externas eram responsáveis por 5,6% dos internamentos no SUS de Sergipe, passando para 8,4% em 2017, com uma APC = 3,8 (IC95% = 1,6 – 5,9). Quanto à mortalidade proporcional, também se verificou tendência crescente, sendo, em média, responsável por 16,1% dos óbitos, com uma APC = 2,7 (IC95% = 4,4 – 6,4).

Entre as causas externas, o papel da violência interpessoal tem aumentado, tanto como causa de internamento como de óbitos. No primeiro caso, a violência interpessoal saiu 3,2% das causas externas para 7,5%, com uma APC = 10,2 (IC95% = 5,1 – 15,4). A mortalidade proporcional por homicídios também apresentou tendência de crescimento, sendo responsável por 38,2% dos óbitos por causas externas em 2008 e passando para 56,6% em 2017, com uma APC = 5,4 (IC95% = 4,4 – 6,4).

A violência interpessoal predominou no sexo masculino, tanto como causa de internamento (89,9%) como de óbitos (94,1%). A faixa etária de 20 a 29 anos foi responsável pela maior proporção de internamentos (38,9%) e óbitos (39,8%). Quanto à variável raça/cor, a informação foi ignorada em 96,4% dos casos de internamento; por outro lado, 89,3% dos

óbitos ocorreram em pardos e negros. A região de saúde de Aracaju, onde está a capital do estado, concentrou a maior proporção de internamentos (47,0%) e óbitos (41,0%). Entre os meios de agressão, o uso de armas de fogo foi predominante (**Tabela 1**).

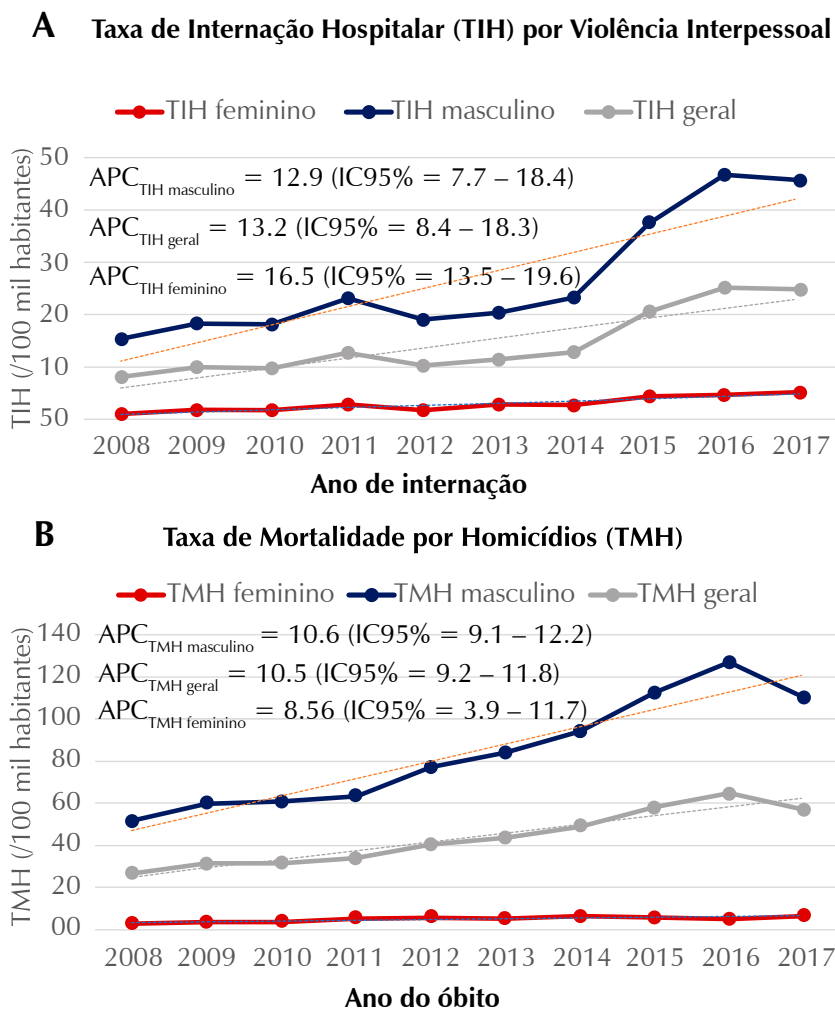
Tabela 1 – Características dos internamentos no SUS e dos óbitos por violência interpessoal. Aracaju, Sergipe, Brasil – 2008-2017

Variáveis	Internamentos (SIH)		Óbitos (SIM)	
	n	%	n	%
Sexo				
Feminino	326	10.1	570	5.9
Masculino	2889	89.9	9068	94.1
Faixa Etária				
0 a 9 anos	70	2.2	39	0.4
10 a 14 anos	59	1.8	77	0.8
15 a 19 anos	519	16.1	1494	15.5
20 a 29 anos	1250	38.9	3835	39.8
30 a 39 anos	736	22.9	2371	24.6
40 a 49 anos	361	11.2	1056	11.0
50 a 59 anos	126	3.9	435	4.5
60 a mais	94	2.9	323	3.4
Ignorada	0	0.0	10	0.1
Raça/cor				
Branca	12	0.4	730	7.6
Preta	9	0.3	511	5.3
Parda	71	2.2	8126	84.3
Amarela	23	0.7	9	0.1
Indígena	0	0.0	5	0.1
Sem informação	3099	96.4	259	2.7
Região de Saúde				
Aracaju	1510	47.0	3950	41.0
Estância	307	9.5	858	8.9
Itabaiana	227	7.1	1252	13.0
Lagarto	230	7.2	859	8.9
Nossa Senhora da Glória	126	3.9	471	4.9
Nossa Senhora do Socorro	606	18.8	1717	17.8
Propriá	209	6.5	532	5.5
Meio de Agressão				
Arma Branca	667	20.7	1425	14.8
Arma de Fogo	1884	58.6	7546	78.3
Outros meios	664	20.7	669	6.9
TOTAL	3215	100.0	9640	100.0

Fonte: Elaboração própria com base em dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)/Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

Verifica-se, no período estudado, tendência crescente da TIH e da TMH em Sergipe por violência interpessoal de forma geral (APC = 13,2), no sexo masculino (APC = 12,9) e no sexo feminino (APC = 16,5) (**Figura 1**).

Figura 1 – Tendência temporal das Taxa de Internação Hospitalar por violência interpessoal (A) e Taxa de Mortalidade por Homicídios (B) no estado de Sergipe. Aracaju, Sergipe, Brasil – 2008-2017



Fonte: Elaboração própria.
 *APC = annual percent change
 **IC95% = (Intervalo de Confiança de 95%)

A tendência crescente é identificada na TIH por violência interpessoal a partir dos 15 anos de idade; já a TMH teve tendência crescente entre 14 e 49 anos (**Tabela 2**).

A taxa de mortalidade por armas de fogo tem apresentado tendência de crescimento (APC = 13,9), enquanto as por armas brancas e outros meios indicaram tendência estacionária (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Análise de tendência com a correspondente alteração percentual anual (APC) das Taxas de Internação Hospitalar por violência interpessoal e Taxa de Mortalidade por Homicídios (TMH) por faixa etária e forma de agressão. Aracaju, Sergipe, Brasil – 2008-2017.

Variáveis	Taxa de Internação Hospitalar (/100 mil habitantes)				Taxa de Mortalidade (/100 mil habitantes)			
	Inicial (2008)	Final (2017)	APC (IC95%)	Tendência	Inicial (2008)	Final (2017)	APC(IC95%)	Tendência
Faixa Etária								
0 a 9 anos	1.5	1.7	2.2 (-7.3/12.7)	Estacionária	1.0	0.8	5.9(-2.9/15.5)	Estacionária
10 a 14 anos	2.9	3.9	13.1 (2.1/25.2)	Estacionária	2.0	7.8	14.6(8.0/21.5)	Crescente
15 a 19 anos	11.4	42.7	16.1 (13.7/18.5)	Crescente	32.2	101.4	17.6(15.1/20.2)	Crescente
20 a 29 anos	19.7	57.0	12.9 (5.8/20.6)	Crescente	62.5	137.9	11.6(9.5/13.7)	Crescente
30 a 39 anos	8.4	32.4	12.4 (9.5/15.4)	Crescente	44.7	73.0	7.5(6.0/9.0)	Crescente
40 a 49 anos	8.5	25.5	13.5 (4.6/23.3)	Crescente	22.2	49.9	7.9(5.3/10.6)	Crescente
50 a 59 anos	2.7	11.7	13.9 (9.0/19.0)	Crescente	12.0	27.2	6.1(1.0/11.5)	Estacionária
60 anos e +	2.5	5.4	10.4 (5.5/15.5)	Crescente	17.1	17.2	0.3(-1.8/2.5)	Estacionária
Meio de Agressão								
Arma Branca	2.1	4.1	2.0 (-1.4/5.6)	Estacionária	6.3	5.4	-1.5 (-4.0/1.0)	Estacionária
Arma de Fogo	4.9	16.1	13.9 (11.7/16.1)	Crescente	17.8	48.3	13.9(11.7/16.1)	Crescente
Outros meios	1.4	4.6	10.7 (2.8/19.3)	Crescente	2.8	3.5	-1.2(3.6/1.2)	Estacionária

Fonte: Elaboração própria.

*APC = annual percent change

**IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

As taxas de internação por violência interpessoal variaram conforme a região de saúde, sendo ao final do período estudado (2017) maiores na região de Aracaju (34,0/100 mil habitantes) e de Socorro (32,8/100 mil habitantes). Entre as sete regiões de saúde do estado de Sergipe, apenas a Itabaiana apresentou tendência estacionária nessas taxas de internação; todas as demais apresentaram tendência crescente, destacando-se a região de Glória (APC = 17,2) e região de Aracaju (APC = 15,7), nas quais ocorreram os maiores crescimentos (Tabela 3).

Tabela 3 – Análise de tendência com a correspondente alteração percentual anual (APC) das Taxas de Internação Hospitalar por violência interpessoal e Taxa de Mortalidade por Homicídios (TMH) por região de saúde. Aracaju, Sergipe, Brasil – 2008-2017

Região de Saúde	Taxa			APC*	Tendência	IC95%*	p-valor
	Inicial (2008)	Média	Final (2017)				
INTERNAÇÕES – Taxa de Internação Hospitalar (por 100 mil habitantes)							
Aracaju	8.9	18.7	34.0	15.7	Crescente	[11.1 – 20.4]	0.000
Socorro	11.8	18.5	32.8	12.1	Crescente	[5.2 – 19,5]	0.011
Itabaiana	6.4	9.3	9.2	9.3	Estacionária	[1.6 – 17.6]	0.055
Lagarto	5.3	9.1	19.0	13.2	Crescente	[7.0 – 19.7]	0.004
Estância	9.1	12.8	18.5	6.9	Crescente	[3.3 – 10.6]	0.007
Propriá	7.8	13.3	25.2	13.4	Crescente	[4.8 – 22.7]	0.019
Glória	2.6	7.6	11.8	17.2	Crescente	[9.7 – 25.2]	0.002
ÓBITOS – Taxa de Mortalidade por Homicídios (por 100 mil habitantes)							
Aracaju	26.6	48.4	66.4	13.4	Crescente	[11.9 – 14.9]	0.000
Socorro	31.5	51.9	71.9	10.4	Crescente	[8.5 – 12.4]	0.000
Itabaiana	33.8	50.5	77.6	12.2	Crescente	[9.1 – 15.4]	0.000
Lagarto	20.9	33.5	34.5	6.4	Crescente	[2.4 – 10.5]	0.018
Estância	24.2	35.4	35.7	4.8	Crescente	[1.4 – 8.2]	0.034
Propriá	24.7	33.4	54.8	6.6	Crescente	[4.5 – 8.7]	0.000
Glória	22.4	28.2	33.7	6.4	Crescente	[2.0 – 11.0]	0.029

Fonte: Elaboração própria.

*APC = annual percent change

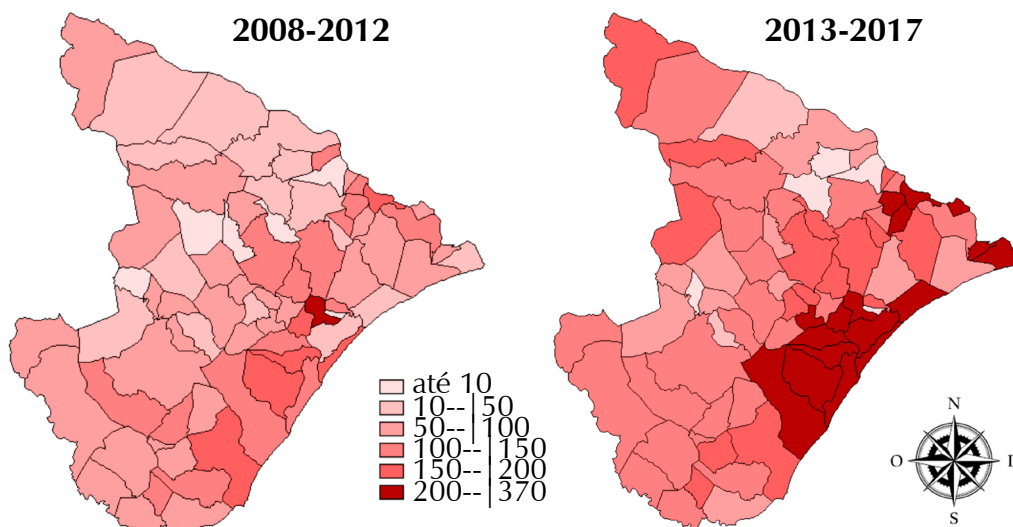
**IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

Com relação à TMH, todas as regiões de saúde do estado de Sergipe apresentaram tendência crescente. As maiores TMH foram verificadas na região de Itabaiana, saindo de 33,8 óbitos por 100 mil habitantes (2008) para 77,6 óbitos por 100 mil habitantes. As maiores taxas de aumento da mortalidade ocorreram nas regiões de Aracaju (APC = 13,4), Itabaiana (APC = 12,2) e Socorro (APC = 10,4) (**Tabela 3**).

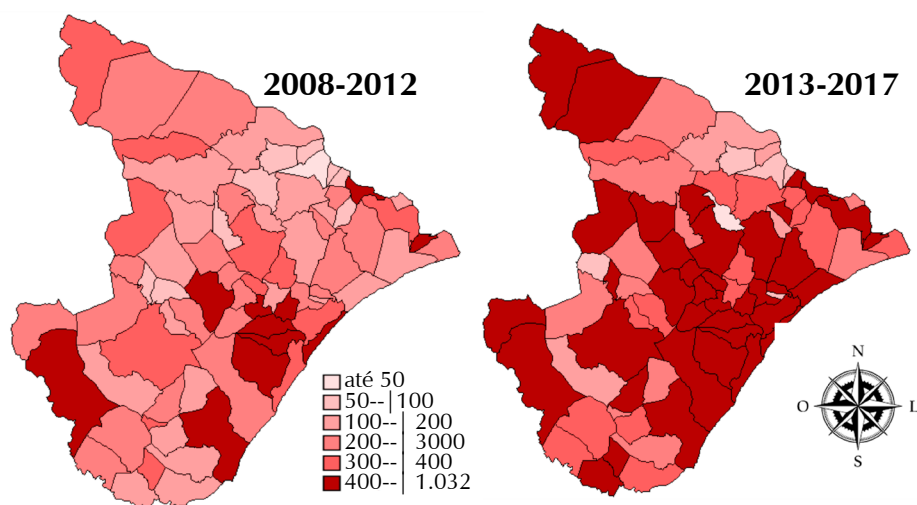
Quando avaliada a Taxa Média de Internação Hospitalar (TMIH) por violência interpessoal em Sergipe, verificou-se um aumento na taxa global de 78,7% no período de 2013-2017 em relação ao quinquênio anterior (2008-2016). O aumento dessa taxa ocorreu em 66 municípios (88%); três não apresentaram variação e sete apresentaram diminuição. Na **Figura 2A** pode-se verificar o aumento das TMIH do segundo quinquênio em relação ao primário. A Taxa Média de Mortalidade (TMM) por homicídios apresentou variação positiva de 59,4% do primeiro para o segundo quinquênio, aumentando em 67 municípios e diminuindo em oito (**Figura 2**).

Figura 2 – Distribuição espacial das Taxa Média de Internação Hospitalar (por 100 mil habitantes) e Taxa Média de Mortalidade (por 100 mil habitantes) por violência interpessoal. Aracaju, Sergipe, Brasil – 2008-2012 e 2013-2017

A Taxa de Internação Média(TMIH)



B Taxa de Mortalidade Média(TMh)



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

No Brasil, as mortes violentas correspondem a cerca de dois terços dos óbitos por causa externa e acarretam uma série de implicações para a sociedade, como, por exemplo, os anos de potenciais de vida perdidos e custos emocionais e sociais⁷.

A violência é reconhecida como questão social e de saúde pública. É considerada mundialmente como uma violação de direitos, embora com expressões variadas em diferentes contextos. A violência é identificada nos espaços públicos e privados, nas relações institucionais, grupais ou interpessoais, em tempos de guerra ou de suposta paz⁸. As elevadas mortalidade e morbidade por violência no Brasil não podem ser compreendidas integralmente sem que se considerem determinados termos e conceitos, como desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e pouca valorização à vida⁹.

No último século, vários países da Europa observaram as taxas de homicídios declinarem de forma consistente. Muitos alcançaram, em 2016, as menores TMH (por 100 mil habitantes), como Portugal (0,64), Reino Unido (1,2), Alemanha (1,18), Espanha (0,63), Itália (0,67), França (1,35), Bélgica (1,95), Áustria (0,66) e alguns micropaíses com taxa de zero, como Liechtenstein, Andorra, Mônaco e San Marino^{10,11,12}.

Os Estados Unidos possuem TMH intermediário, próximo da média mundial (6,2), enquanto o Canadá se aproxima das taxas europeias, alcançando 1,68 em 2016^{1,13}. A América Latina é a região mais violenta do mundo, com TMH em média 6 vezes maior do que a europeia. Entre os dez países mais violentos do mundo, oito são da América latina. Recentemente, o Brasil passou a ocupar a sétima maior taxa de homicídio da região das Américas, com 31,3 mortes a cada 100 mil habitantes. O país das Américas com maiores índices de homicídios é Honduras, com 55,5 mortes por 100 mil habitantes, seguida pela Venezuela (49,2) e por El Salvador (46)⁴.

Apesar de uma TMH de 30,3 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2016, os números no Brasil apresentam variação entre cada região: nos estados do Norte e Nordeste tem sido observado um aumento, enquanto alguns estados do Sul, Sudeste e Centro-Oeste observaram decréscimo nessas taxas^{1,3,4}. Em Sergipe, este estudo demonstrou que, no período de 2008-2017, tanto as TIH por violência interpessoal como as TMH tiveram tendência de crescimento, saindo de 26,9 para 57,2 óbitos por 100 mil habitantes. Quando avaliada a TMH por violência interpessoal, verificou-se um aumento de 78,7% na taxa global no período de 2013-2017 em relação ao quinquênio anterior (2008-2016). Paralelamente, a TMM por homicídios apresentou aumento de 59,4% do primeiro para o segundo quinquênio.

Observamos que a evolução das TMH no estado de Sergipe segue trajetória crescente semelhante a outros estados brasileiros, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.

Entre 2006 e 2016, as variações das TMH apresentam variação na própria região Nordeste, sendo de -10,2% em Pernambuco até 256,9% no Rio Grande do Norte¹. Há grande contraste entre estados de uma mesma região, resultado de muitos fatores da complexa equação que rege o ciclo de violência e vulnerabilidade social de cada comunidade. Diversos estudos destacam algumas dessas variáveis: baixa oferta de emprego, poucos anos de educação formal, violência doméstica, homofobia, crescimento não planejado de áreas urbanas, aumento da pobreza, envolvimento com o tráfico, abuso de álcool, acesso a armas de fogo, transição de uma sociedade majoritariamente agrária para uma urbana e política pública de segurança são as mais citadas^{14,15}. Algumas pesquisas, ainda, buscam explicar alterações na evolução temporal das taxas de homicídio, mas isso tem sido fruto de intervenções múltiplas. A redução dos níveis de homicídios em diversas cidades americanas na década de 1990 vem sendo atribuída a determinantes como alterações nos indicadores socioeconômicos e demográficos, ações e investimentos em segurança pública e mudanças no mercado ilegal de drogas^{13,16}.

A violência é predominante entre o sexo masculino, responsável por 89,9% das internações e 94,1% dos homicídios em Sergipe. Embora a magnitude da violência alcance maiores cifras entre homens, fica evidente, diante dos dados analisados, que tanto as internações por violência interpessoal como os homicídios aumentaram de forma significativa em ambos os sexos, sendo importante ressaltar que no estudo entre as mulheres também foi identificado aumento expressivo de internamentos (APC = 16,5%) e de mortalidade (APC = 8,6%). A predominância da mortalidade por violência interpessoal entre homens jovens é explicitada pelo Atlas de Violência 2018, que indica Sergipe como detentor da maior taxa de mortalidade por homicídios no país, seguido pelo estado de Alagoas⁵.

Assim como encontrado no estudo, jovens na faixa etária de 20 a 29 anos representam a população mais afetada pela violência, responsáveis por 38,9% dos internamentos por violência interpessoal e 39,8% dos homicídios.

A tendência de aumento da TMH foi verificada na faixa dos 10 aos 49 anos. Apesar das maiores TMH ocorrerem em pessoas entre 20 e 29 anos, a maior variação no período ocorreu entre pessoas de 15 a 19 anos, saindo de 32,2 para 101,4 óbitos por 100 mil habitantes (APC = 17,6%), o que também foi constatado quando analisados os internamentos por violência interpessoal.

Entre 1980 e 2016, aproximadamente 910 mil homicídios foram consequentes do uso de armas de fogo, instrumento de alto poder lesivo cujo fácil acesso é associado ao aumento do número de homicídios. No início dos anos 1980, o Brasil mantinha uma proporção de 40% dos homicídios cometidos com uso de arma de fogo, semelhante a países vizinhos como Uruguai e Chile. Com o aumento do uso de armas de fogo nas duas décadas seguintes,

o país chegou, em 2003, a uma proporção de 71% de homicídios com uso de arma de fogo, muito longe de países europeus, que no período tinham uma média de 19,3%⁵. A arma de fogo foi o instrumento mais utilizado para o homicídio e destaca-se por ser o único tipo de agressão com tendência crescente. Encontrou-se, no estado de Sergipe, que em 78,3% dos homicídios utilizou-se armas de fogo, apresentando na década estudada uma tendência de crescimento (APC = 13,9); ao contrário, os homicídios por armas brancas e outros meios têm apresentado tendência estacionária.

Na distribuição espacial das taxas médias de internamento por violência e de mortalidade por homicídios, identifica-se um aumento das taxas nos municípios de Sergipe. Essa tendência também é confirmada pelo aumento das TMH em todas as regiões do estado, sendo maior naquelas que já apresentavam taxas elevadas, como as regiões de Aracaju (APC = 13,4%), Itabaiana (APC = 12,2%) e Socorro (APC = 10,4%).

Este estudo apresenta limitações, principalmente pelo uso de dados secundários que, pela falta de completude no preenchimento, limita algumas análises. No entanto, por trabalhar com bancos de dados consolidados de abrangência censitária, este trabalho permite uma sólida análise da tendência das internações hospitalares no SUS por violência interpessoal e dos homicídios no estado de Sergipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência é um fenômeno multicausal que apresenta associação com fatores de risco individuais e familiares, mas também está relacionada fortemente a fatores sociais, culturais e ambientais. A violência é um tema de grande importância que deve ser incluído de forma enfática nas políticas públicas, seja pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, seja pela necessidade crescente de cuidados prestados pelos serviços médicos e hospitalares de modo global, mas especialmente em locais onde a tendência de mortalidade por violência tem se mostrado ascendente, como no estado de Sergipe.

A violência interpessoal tem sido um problema de destaque no Sergipe, e a quase totalidade dos indicadores demonstra uma tendência de aumento das taxas em ambos os sexos, na maioria das faixas etárias e em todas as regiões do estado.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto ou análise e interpretação dos dados: Yann Phillippe Vilela de Almeida e Marco Aurélio de Oliveira Góes.

2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Yann Phillipe Vilela de Almeida e Marco Aurélio de Oliveira Góes.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Yann Phillipe Vilela de Almeida e Marco Aurélio de Oliveira Góes.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Yann Phillipe Vilela de Almeida e Marco Aurélio de Oliveira Góes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGS, sustainable development goals. Geneva: WHO; 2018.
2. Souza ER, Lima MLC. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, editores. Impactos da Violência na Saúde. 4a. ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2007. p. 107-27.
3. United Nations Office on Drugs and Crime. Statistics [Internet]. [2011] [citado 2019 mai 12]. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/statistics/index.html>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil Estados 2018: uma análise de situação de saúde segundo o perfil de mortalidade dos estados brasileiros e do Distrito Federal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018.
5. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Neme C, Ferreira H, Coelho D, et al. Atlas da violência 2018 [Internet]. Brasília (DF): Ipea; 2018 [citado em 2018 set 10]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf
6. Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da Violência 2017 [Internet]. Brasília (DF): Ipea; 2017 [citado em 2018 set 13]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/170609_atlas_da_violencia_2017.pdf
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev Saúde Pública. 2006;40(spe):112-20.

9. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciênc Saúde Colet*. 1999;4(1):7-32.
10. World Health Organization. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
11. Eisner M. Long-Term Historical Trends in Violent Crime [Internet]. Chicago (IL): University of Chicago; 2003 [citado em 2018 set 15]. Disponível em: <https://www.vrc.crim.cam.ac.uk/vrcresearch/paperdownload/manuel-eisner-historical-trends-in-violence.pdf>.
12. World Health Organization. World health statistics 2015: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2015.
13. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance – United States, 2013. *MMWR Suppl*. 2014;63(4):1-168.
14. Melo ACM, Silva GDM, Garcia LP. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: estudo ecológico. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(11)e00168316.
15. Tavares R, Catalan VDB, Romano PMM, Melo EM. Homicídio e vulnerabilidade social. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(3):923-34.
16. Reichenheim, ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MH, Silva CM, Souza Minayo MC et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 2011;377(9781):1962-75.

Recebido: 26.4.2019. Aprovado: 24.9.2020.