

VIOLÊNCIA E MORTES POR CAUSAS EXTERNAS

Graciete Oliveira Vieira*
Marluce Maria Araújo Assis**
Maria Angela Alves do Nascimento***
Tatiana de Oliveira Vieira****
Pedro Vieira-Santana Netto*****

Resumo

Através de um estudo ecológico caracterizou-se a violência e as mortes por causas externas em Salvador e Bahia utilizando-se dados da Fundação Nacional de Saúde-Ministério da Saúde, dos registros de mortalidade e das estimativas populacionais do IBGE. O risco de morrer por homicídio no Brasil é 3 vezes o do Estados Unidos, chegando a ser 40 vezes superior ao do Japão. Homicídio foi a primeira causa de anos potenciais de vidas perdidos (13,4%) no Brasil (1997), seguido por acidentes de trânsito (10,6%). Causas externas foi a segunda causa de morte em Salvador e Bahia (1996). A violência tem raízes sócio-culturais e político-ideológicas e pode ser prevenida por ações intersetoriais e multidisciplinares.

Descritores: violência; indicadores de morbimortalidade; mortalidade

Abstract

An ecological study highlighted violence and death by external causes in Salvador and in Bahia through data furnished by the Fundação Nacional de Saúde (Health National Foundation) at the Ministério da Saúde (Ministry of Health), based on mortality records and population estimates by IBGE. The risk of death by homicide in Brazil is three times greater than in the United States, and up to forty times higher than in Japan. Homicide was the primary cause of loss of potential years of life (13.4%) in Brazil (1997), followed by traffic deaths (10.6%). External causes were the second cause of death in Salvador and Bahia (1996). Violence has cultural-social and political-ideological roots and it can be prevented by intersectorial, multidisciplinary actions.

Descriptors: violence; indicators of morbidity and mortality; mortality

Title: Violence and death by external causes

Resumen

A través de un estudio ecológico se caracterizó la violencia y las muertes por causas externas en Salvador y Bahia a través de datos (Fundación Nacional de Salud – Ministerio de la Salud), registros de portabilidad y estimaciones de población (IBGE). El riesgo de morir por homicidio en Brasil es tres veces más alto que el de Estados Unidos, siendo cuarenta veces más alto que el de Japón. En Brasil (1997), homicidio fue la primera causa de años potenciales de vidas perdidas (13,4%), seguido por accidentes de tráfico (10,6%). Causas externas fueron la segunda causa de muerte en Salvador y Bahia (1996). La violencia tiene raíces socioculturales y político ideológicas, que pueden ser prevenidas por acciones intersectoriales y multidisciplinares.

Descriptorios: violencia; indicadores de morbimortalidad; mortalidad

Título: Violencia y muertes por causas externas

1 Introdução

A violência é um fenômeno social complexo, que compromete o direito fundamental à vida, à saúde, ao respeito, à liberdade e à dignidade humana⁽¹⁾. Está relacionada com questões de natureza sócio-culturais e político-ideológicas, constituindo-se num poderoso indicador de qualidade de vida, pois diz respeito às condições gerais de existência, de trabalho, de sociabilidade. Por outro lado, ela eclode de fatores geradores de tensões como desemprego, desestruturação familiar e uso de drogas⁽²⁻⁶⁾.

A violência adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países⁽⁷⁾, apresentando altos índices, principalmente nos grandes centros urbanos. No Brasil, as mortes por causas externas foram responsáveis por 60 mil óbitos nos anos 70, constituindo-se a quarta causa mais importante de mortalidade. Ao longo da década de 80, enquanto o número total de mortes aumentou em cerca de 20%, as causas violentas elevaram-se em 60%. No ano de 1988, acidentes e violência foram responsáveis por cerca de 100 mil óbitos no país, representando o segundo grupo mais importante de causas de mortes⁽⁸⁾.

Até pouco tempo atrás, a violência tinha uma limitada abordagem pelo viés da saúde. Este setor olhava-a como um espectador, um contador de eventos, um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais, tanto nas situações cotidianas como nas emergenciais⁽⁹⁾. No Brasil, assim como em toda a sociedade ocidental, foi na década de 80 que o tema

violência entrou com maior ênfase na agenda de debate do campo programático da saúde, com maior consolidação no final dos anos 90.

Com o conceito ampliado de saúde cresceu a preocupação dos profissionais sobretudo da saúde pública com a violência, porque esta afeta a saúde e a qualidade de vida, interferindo na integridade emocional, provocando seqüelas e mortes. Inicialmente os epidemiologistas e os psiquiatras tomaram consciência do problema, com estudos iniciados nos anos 70 e incrementados nos anos 80. Ainda na década de 80, pediatras divulgaram os maus tratos às crianças e adolescentes provocados pelos pais e responsáveis e Organizações não Governamentais (ONGs) também chamaram atenção sobre o tema. Na metade dos anos 90, vários municípios iniciaram atividades preventivas e assistenciais mais específicas. No final dos anos 90, iniciou-se uma política nacional sobre o assunto⁽⁹⁾.

Para muitos estudiosos do tema, no caso brasileiro, problemas que se arrastam historicamente têm grande relevância na dinâmica da violência. Os que mais afligem nesse momento são as extremas desigualdades sociais, a violência nos ambientes de trabalho, o desemprego, a exclusão social, a exclusão moral, a corrupção, a impunidade, a violência interpessoal e doméstica, associados a um forte sentimento de insegurança que tende a exacerbar o individualismo e promover a apartação social⁽²⁻⁶⁾.

É importante lembrar que em relação à atenção às vítimas da violência quando elas chegam aos serviços de saúde

* Professora Assistente do Departamento de Biologia – Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutoranda em Medicina e Saúde – Universidade Federal da Bahia

** Professora Adjunta do Departamento de Saúde - Universidade Estadual de Feira de Santana

*** Professora Titular do Departamento de Saúde - Universidade Estadual de Feira de Santana

**** Acadêmica de medicina – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia.

***** Acadêmico de medicina – Universidade de Ribeirão Preto. Monitor de Medicina Comunitária.

E-mail do autor: nupisc@bol.com.br

pública, a sua complexidade anterior irá somar-se àquelas próprias das práticas sanitárias. Ademais, apenas o diagnóstico e tratamento das lesões, sem atenção às causas, sobrecarregam os serviços de saúde pelo acúmulo dos novos casos.

A cultura que privilegia a assistência, em detrimento da prevenção, contribui para a fragilidade dos programas e ações preventivas, apesar destas serem uma abordagem de baixo custo que podem evitar a necessidade de assistência médica ou tecnológica avançada. A atuação no campo da saúde deve, portanto, se integrar às outras áreas e, de forma ampla e democrática, desenvolver ações interdisciplinares e intersetoriais que promovam a valorização da vida e que combinem a atuação no campo macro-estrutural aos problemas culturais e as relações interpessoais com a atenção às vítimas da violência na busca de uma solução para a questão.

Nas últimas décadas, a violência vem adquirindo proporções significativas, mas apesar de sua magnitude o tema ainda é pouco esclarecido, restando muitas dúvidas relacionadas à conceituação, teorias, epidemiologia, aspectos legais e éticos, entre outros⁽¹⁰⁾. O presente estudo reconhece a complexidade do tema e tem a intenção de caracterizar a violência e as mortes por causas externas na cidade de Salvador e no estado da Bahia. No conhecimento das especificidades dos problemas e dos fatores de risco, geram-se as possibilidades de mudanças.

2 Material e métodos

O tipo de estudo realizado foi ecológico, em que a exposição aos fatores pesquisados e a frequência dos eventos foram analisadas para grupos de indivíduos, ou seja, foram agregadas em função de fatores geográficos e temporais e incluiu dados referentes à cidade de Salvador e Brasil até o ano de 1997.

Neste estudo tivemos como foco a violência e a mortalidade por causas externas. Conceitualmente mortes por causas externas englobam dentre outras causas os acidentes de transporte, quedas, afogamentos e submersões acidentais, exposição à fumaça, ao fogo, envenenamento acidental, exposição a substâncias nocivas, lesões autoprovocadas, intervenções ilegais e operações de guerra⁽¹¹⁾. As variáveis pesquisadas foram estudadas segundo a faixa etária, a ocupação e o sexo.

As fontes de dados consultadas foram estatísticas globais geradas pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia, pelo Sistema de Informação do estado da Bahia e Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foram também baseadas nos registros de mortalidade do Ministério da Saúde e nas estimativas populacionais realizadas pelo IBGE, disponíveis na home-page do DATASUS para 1997 e em Minayo (1995)⁽¹²⁾, para o ano de 1980⁽¹¹⁾.

As medidas de mortalidade observadas foram o coeficiente de mortalidade por causas e o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Nas fontes consultadas o método utilizado para o cálculo dos APVP foi a técnica proposta por Romender & McWhinnie (1989)⁽¹³⁾ em que os APVP tem como base de cálculo óbitos ocorridos entre um e 70 anos por 1000 habitantes. O coeficiente de mortalidade por causa foi calculado dividindo-se o número total de óbitos ocorridos em uma determinada população em um período específico, pela população exposta ao risco de morrer por aquela doença⁽¹⁴⁾. Os dados coletados foram consolidados e apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

A base de análise neste estudo não foi o indivíduo, mas sim o grupo de pessoas. Desse modo, para evitar a falácia ecológica, a inferência causal foi realizada para os agregados

dos indivíduos pesquisados. Quanto aos aspectos éticos, os dados analisados são secundários aos divulgados por fontes estatísticas oficiais e não apresentam a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano⁽¹⁵⁾.

3 Resultados

Foi realizada avaliação do coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito, suicídio e homicídio no Brasil, México, Estados Unidos, Chile, Canadá, Suécia e Japão. Dentre esses países, o Brasil apresenta o mais alto coeficiente de mortalidade por homicídio (25,36), seguido pelo México (17,11) e Estados Unidos (8,54). Chile, Canadá, Suécia e Japão apresentaram menores indicadores sendo respectivamente 2,93; 1,65; 0,96 e 0,64. Em relação aos acidentes de trânsito, os Estados Unidos apresentaram o mais alto coeficiente (35,12) seguido pelo Brasil (22,39), México (14,85), Chile (12,00), Canadá (10,39) e Suécia (5,69). Entretanto, quanto aos suicídios, o Japão, a Suécia, o Canadá e os Estados Unidos tiveram maiores coeficientes, respectivamente: 16,86; 15,27; 13,41 e 11,96 do que os dados informados para o Chile (5,72), Brasil (4,34) e México (3,17)⁽¹¹⁾.

Em relação à proporção de mortes por causas externas no Brasil em 1997, os homicídios ocuparam a primeira posição, respondendo por 33,9% dos óbitos, tendo como segunda posição os acidentes de transporte (29,9%). Na cidade de Salvador e estado da Bahia os coeficientes de homicídios foram respectivamente 45,2% e 32,0%, e de acidentes de transporte foram 10,6% e 21,4%. Suicídios e afogamentos apresentaram menores proporções. (Tabela 1).

Quanto ao indicador APVP observou-se que os homicídios foram a principal causa de morte dentre as dez primeiras, sendo responsável por 18,8% das mortes precoces, seguido por acidentes sem outras especificações (8,3%). As mortes por causas não violentas obtiveram menor significância, apresentando a seguinte disposição: doenças cardiovasculares (4,9%), AIDS (3,6%), doenças isquêmicas do coração (3,0%), doenças do aparelho respiratório (2,7%), diabetes (2,5%), doenças hipertensivas (2,4%) e tuberculose (2,3%). O somatório de todas as demais causas foi de 48,0%⁽¹¹⁾.

Analisando-se o coeficiente de mortalidade por homicídios segundo a faixa etária encontrou-se maiores valores na faixa de idade de 20 a 29 anos com taxas de 85,02; 35,14 e 54,63% respectivamente para a cidade de Salvador, Bahia e Brasil (Gráfico 1).

No ano de 1997, avaliando-se as dez principais causas de mortes por causas externas no sexo masculino, constatou-se que os homicídios foram a segunda causa nas regiões Norte e Nordeste; terceira no Sudeste, Centro-Oeste e Brasil; e a nona na região Sul. Os acidentes de transportes foram a segunda causa de morte na região Centro-Oeste; a terceira no Norte; e quarta no Nordeste, Sul e Brasil; e a quinta no Sudeste⁽¹⁶⁾.

Dentre as causas específicas de morte por ocupação no Brasil em 1997, foi constatado que os homicídios ocuparam o primeiro lugar no grupo dos trabalhadores do comércio, de serviços pessoais, de produção de indústria, de transporte, braçais e desempregados; e segundo lugar no grupo dos estudantes. Nos militares, trabalhadores da agricultura e da pecuária ocuparam o terceiro lugar. Dentre os gerentes, chefes, membros dos três poderes e trabalhadores de serviços administrativos estão em quarto lugar e por fim os homicídios ocuparam o quinto lugar nas causas de morte nas profissões classificadas como técnicas e científicas.

Os acidentes de transporte apresentaram uma distribuição diferente sendo as maiores vítimas os estudantes (1º), os trabalhadores do comércio (2º), de produção de indústria e transporte (2º), trabalhadores braçais (2º), gerentes, chefes e

membros dos três poderes (2º) ⁽¹⁶⁾.

4 Discussão

Neste estudo foram utilizados dados secundários. As principais vantagens de usar variadas fontes de dados secundários é a facilidade de execução da pesquisa, a rapidez com que se pode obter os resultados e o fato de serem financeiramente pouco exigentes. Entretanto, apresentam limitações por usar dados em que a precisão das informações não podem ser controladas pelo pesquisador.

Foi observado que o risco de morte por assassinato no Brasil é 15 vezes o do Canadá, 03 vezes o dos Estados Unidos e 1,5 vez o do México, chegando a ser 40 vezes superior ao do Japão. Quanto aos acidentes de trânsito, apesar do coeficiente no Brasil ser referido como inferior aos dos Estados Unidos, chega a ser 04 vezes o da Suécia ⁽¹¹⁾.

Quanto à proporção de mortes por causas externas no Brasil, os homicídios e os acidentes de transportes foram responsáveis por aproximadamente 50,0% das mortes por causas externas no país em 1997, o que confirma a importância dessas causas no conjunto das causas externas. Perfil semelhante foi observado na cidade de Salvador e estado da Bahia, onde os homicídios apareceram como a causa de maior importância seguidos pelos acidentes de transporte (Tabela 1).

Ao contrário dos indicadores tradicionais de mortalidade, que dão igual peso a todos os óbitos; o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) atribui um peso maior aos óbitos de pessoas mais jovens. O uso do APVP mostrou o impacto da violência dentre as dez primeiras causas de mortes, no ano de 1997, na cidade de Salvador em que os homicídios apareceram como a primeira causa ⁽¹¹⁾.

Chama a atenção o fato que os acidentes sem outras especificações ficaram em segundo lugar, contrastando com os acidentes de trânsito e sinalizando para grave problema de registro de dados em Salvador que compromete os estudos epidemiológicos. Mesmo com a implantação do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) no Brasil, através do qual conta-se com informações nacionais relativas a causas de morte por sexo e idade, a partir de 1977, estima-se que os dados publicados só abrangem cerca de 75% do total de óbitos ocorridos no país, ao passo que no Nordeste o sistema alcançaria uma cobertura ao redor de 70% ⁽⁶⁾.

Existem também dificuldades de se quantificar a mortalidade devido à incompatibilidade dos diferentes instrumentos de registro de dados, que além de não se comunicarem não seguem a mesma metodologia. Identificaram-se como principais fontes de informação: o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS); o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS); o Boletim de Ocorrência Policial (BO); a Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT); o Boletim do Departamento Nacional de Estradas de Rodagem (DNER) ⁽¹⁷⁾.

Fato de relevância é a ocorrência das causas de mortes violentas nos mais jovens. Os coeficientes de mortalidade por homicídio segundo a faixa etária em Salvador, Bahia e Brasil teve maior prevalência nas populações jovens e adultas. A faixa etária que tem maior risco de morte por homicídio é de 20 a 29 anos. A mortalidade por homicídios tem menor expressão no estado da Bahia, quando comparada com a cidade de Salvador e Brasil (Gráfico 1). Uma morte ocorrida em idade prematura, muitas vezes decorre de problemas nas condições de vida e saúde, que poderiam ser modificadas através da atuação pertinente na prevenção de eventos ^(1,16).

Estudando a violência de acordo com o sexo, observa-se que grupos jovens, sobretudo os homens, estão cada vez mais envolvidos nos homicídios e acidentes de trânsito, como

vítimas ou autores ⁽¹⁸⁾. Este fato certamente está associado ao estilo de vida moderno, ao uso de drogas, a conflitos e desigualdades crescentes na sociedade, à impunidade das infrações e delinqüências.

Outra variável que tem de ser levada em consideração é a associação entre causas violentas de morte e o tipo de ocupação. Os profissionais de maior qualificação como chefe e membro dos três poderes, trabalhadores de serviços administrativos e profissionais da área técnico-científica apresentaram menor mortalidade por homicídios. Entretanto, os acidentes de transporte apresentaram uma distribuição mais equitativa, afetando todos os grupos sociais ⁽¹⁶⁾. O mesmo ocorre quando se leva em consideração o grau de instrução. Os homicídios não são referidos entre as dez primeiras causas de morte em pessoas com grau superior, enquanto que pessoas com grau de instrução inferior chegam a apresentá-los como 3ª causa de morte ⁽¹⁹⁾.

Foi demonstrado que na Europa, o desenvolvimento social, a educação formal, a melhoria da situação de vida da população trabalhadora, aliada a instituição da justiça, do exército e da polícia, foram os principais fatores responsáveis pelo declínio da violência fatal ⁽²⁰⁾. Cabe lembrar também o Plano de Combate à Violência de Nova York, que inclui questões de segurança, elevação do nível de emprego, melhora do atendimento emergencial, mobilização comunitária, entre outras estratégias ⁽¹⁸⁾.

A maioria dos estudos sobre violência se apóia em dados de mortalidade que certamente representam apenas a "ponta do iceberg", sendo a morbidade praticamente desconhecida, em termos qualitativos e quantitativos, mas certamente é muito mais freqüente. Uma dificuldade na quantificação da morbidade é o reconhecimento da violência como causa dos danos físicos, psicossociais e morais, pelos profissionais e serviços de saúde. A estimativa é que para cada jovem que morre por algum traumatismo, 15 ficam gravemente feridos e outros 30 a 40 também sofrem danos que necessitam de cuidados médicos ou psicológicos ⁽²¹⁾. Uma morte que ocorre em idade prematura representa um importante ônus para a sociedade, com impacto socioeconômico pela perda de pessoas jovens e produtivas.

Quando o tema violência apresenta-se ao setor saúde dentro dos limites dos conceitos biomédicos, na maioria das vezes, as suas vítimas não requerem assistência médica, já que os indivíduos não sobrevivem para recebê-la. Entretanto, existe uma parcela importante da população, que só sobrevive às custas do atendimento de emergência pré-hospitalar e hospitalar ^(6,18). A grave crise no setor de saúde pública, especialmente nas especialidades tradicionalmente competentes para a assistência curativa, as emergências, compromete a atenção às vítimas ^(6,18,22).

Desse modo, o setor saúde se constitui na encruzilhada para onde convergem todos os casos da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de emergência e urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social ⁽⁷⁾ e pode evidenciar os fatores de risco na rede causal da doença, aperfeiçoar a qualidade de atenção às vítimas e realizar uma interface com as políticas públicas e os movimentos sociais. Os trabalhadores da saúde têm um papel importante, pois cabem a eles funções diretas no atendimento das pessoas, grupos e comunidades atingidas pela violência, não apenas para minorar sofrimentos e denunciar atos de violência, como pode-se também através do exercício da vigilância epidemiológica indicar os caminhos para a sociedade, através de informações, análises e indicadores de mortalidade e morbidade por causas externas, o que poderá contribuir para o planejamento e a destinação de recursos para a prevenção dos agravos. Entretanto, é preciso

considerar as condições adversas de trabalho que são impostas aos profissionais de saúde e que contribuem para um comportamento alienante.

5 Considerações finais

Os coeficientes de mortalidade revelam que os homicídios e os acidentes de trânsito se constituem num problema de Saúde Pública na Bahia, no Brasil e no mundo. Baixa escolaridade, menor qualificação profissional e desemprego são fatores de risco para homicídios. Em programas de saúde pública devem ser consideradas as diferenças culturais regionais, como também as diferentes faixas etárias envolvidas no problema, com ações direcionadas a cada grupo de risco, respeitando-se as suas singularidades.

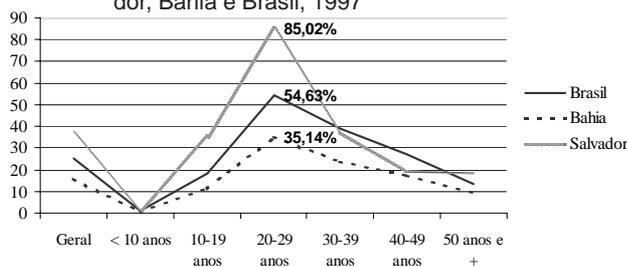
Reconhecemos que é necessário a definição de políticas sociais de maior abrangência para intervenção nos diversos determinantes da mortalidade, principalmente nos que se relacionam às condições gerais de vida da população. Mas é preciso também, no combate a perpetuação dos eventos violentos, que a população nutra o sentimento de valorização da vida, de participação e solidariedade porque sendo a violência um evento construído na sociedade somente nela e através dela poderá ser desconstruído.

Tabela 1- Proporção de mortes pelas principais causas externas em Salvador, Bahia e Brasil, 1997

	Salvador (%)	Bahia (%)	Brasil (%)
Demais causas externas	37,8	35,0	24,4
Suicídios	1,7	3,4	5,8
Afogamentos	4,8	8,2	6,0
Ac. de transporte	10,6	21,4	29,9
Homicídios	45,2	32,0	33,9

Fonte: Base de dados SIM/Ministério da Saúde/Funasa – ago 2000

Gráfico 1 – Coeficientes de mortalidade por homicídios (por 100.000 habitantes) segundo faixa etária em Salvador, Bahia e Brasil, 1997



Fonte: Bases de dados do SIM/Ministério da Saúde/Funasa - ago/2000

Referências

- UNICEF (BR). A infância brasileira nos anos 90. Brasília (DF); 1998.
- Arendt A. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
- Minayo MCS. O limite da exclusão social: meninos e meninas de rua do Brasil. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993. 124 p.
- Ministério da Saúde (BR). Prevenção de Acidentes e Violências no Brasil. Documento Básico. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica Para Acidentes e Violências; 1998.

- Nunes ED, debatedor. In: Minayo MCS, Souza ER, autores. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública [debate]. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 1999; 4 (1): 7-32.
- Sanchez RN, debatedor. In: Minayo MCS, Souza ER, autores. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública [debate]. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 1999; 4(1):7-32.
- Organização Pan-americana de Saúde. Resolución XIX: Violência y Salud. Washington (DC); 1993.
- Camargo ABM, Ortiz LP, Fonseca LAM. Evolução da mortalidade por acidentes e violências em áreas metropolitanas. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 257-67.
- Minayo MCS, Souza ER, autores. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública [debate]. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 1999; 4(1):7-32.
- Meneghel SN. Violência na Infância e na Adolescência. Jornal de Pediatria (RJ) 1995; 71 (6): 294-6.
- Lira MMTA, Drumond Jr M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em 1980 e 1997. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; 2000. p. 9-25 (Estudos Epidemiológicos).
- Minayo MCS, organizador. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1995.
- Romender JM, Mcwhinnie Jr. Años de Vida Potencial Perdidos entre las edades de 1 y 70 años; Un indicador de mortalidad prematura para la planificación de la salud. In: Buck C. El Desafío de la Epidemiología. Problemas y Lecturas Seleccionadas. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1989. p. 254-63 (OPAS – Publicación Científica, 505).
- Pereira MG. Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A; 1995. p. 105-43.
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Diretrizes regulamentadoras e normas da pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 2000. (Cadernos Técnicos).
- Drumond Jr M, Lira MTA. Mortalidade Precoce no Brasil Coeficientes de Mortalidade por Sexo e Faixa Etária em 1980 e 1997. Brasília (DF): Fundação Nacional de Saúde; ago 2000. p. 47-95. (Estudos Epidemiológicos).
- Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Área Técnica Para Acidentes e Violências. Plano de Ação para o Conasems. Brasília (DF); 1998.
- Vermelho ELL, debatedor. In: Minayo MCS, Souza ER, autores. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública [debate]. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 1999; 4(1):7-32.
- Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. A mortalidade por causas externa no Brasil no ano de 1997. Brasília (DF); 2000. p.99-123. (Estudos Epidemiológicos).
- Chesnaís JC. Histoire de la violence en occident de 1800 à nos jours. Paris: Robert Laffont; 1981.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. A SBP contra a violência. SBP Notícias, Rio de Janeiro 2000 fev/mar;2(2):6-7.
- Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Americas, 1981-1984. Washington (DC):OPS; 1986. (Publicación Científica).

Data de recebimento: 14/02/2003

Data de aprovação: 26/06/2003