

Revista de Saúde Pública

Journal of Public Health

Agressão física e classe social* **Physical aggression and social class**

Reinaldo J. Gianini, Julio Litvoc e José Eluf Neto

Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP - Brasil (RJG), Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil (JL, JEN)

GIANINI Reinaldo J., Julio Litvoc e José Eluf Neto *Agressão física e classe social** Rev. Saúde Pública, 33 (2): 180-6, 1999 www.fsp.usp.br/~rsp

Agressão física e classe social*

Physical aggression and social class

Reinaldo J. Gianini, Julio Litvoc e José Eluf Neto

Departamento de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Sorocaba, SP - Brasil (RJG), Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP - Brasil (JL, JEN)

Descritores

Classe Social.
Violência doméstica.
Estudos de casos e controles.

Resumo

Objetivo

Considerando-se o aumento da violência e a escassez de informações sobre a relação classe social e vitimização por agressão física, realizou-se estudo com o objetivo de investigar esta associação.

Métodos

Foi adotado o estudo de caso-controle. Foram incluídos 191 casos de agressão física e 222 controles selecionados entre os indivíduos com queixas clínico-cirúrgicas não violentas, pareados por frequência aos casos segundo sexo e idade, todos recrutados no período de 1/10/93 a 19/1/95, em pronto-socorro de Sorocaba, SP, Brasil. Foi aplicado questionário para obtenção de informações sobre classe social, cor, situação conjugal, hábito de fumar, ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas.

Resultados

Ajustando-se os resultados por sexo, idade e os outros fatores estudados encontrou-se um risco de vitimização por agressão física significativamente maior para o subproletariado, com "Odds ratio" igual a 3,28 e Intervalo de Confiança de 95% igual a 1,42-7,59.

Conclusão

Classe social é um fator importante no fenômeno da vitimização por agressão física, devendo o subproletariado receber atenção especial nas estratégias de intervenção para o problema.

Keywords

Social class.
Domestic violence.
Case-control studies.

Abstract

Objective

Considering the increase of violence and the scarcity of informations about the relation between social class and victimization by physical aggression, a study was conducted to investigate this association.

Methods

A hospital-based case-control study. Cases and controls were recruited at a hospital, first-aid clinic, from 1/10/93 to 19/1/95. The study included 191 cases and 222 controls selected from among patients with non-violent clinical-surgical com-

plaints, frequency-matched to cases by sex and age. Using a standardized questionnaire applied by trained interviewers, information obtained included social class, skin color, marital status, smoking habits, alcohol consumption and illicit drug use.

Results

Adjusting for sex and age, the risk of victimization by physical aggression was significantly higher for the subproletariat, Odds Ratio (OR) 4.20, 95% Confidence Interval (95% CI) 1.99-8.84; single (OR=2.10) or informal union (OR=2.62) as marital status (reference group = married); smokers of more than 10 cigarettes/day (OR=2.75); alcohol consumption (OR=2.08 for \leq 240 grams/week and OR=24.05 for $>$ 240 grams/week); and illicit drug users (OR=3.07). After adjusting for all factors studied a significant risk remained for the subproletariat (OR=3.28, 95% CI 1.42-7.59); single as marital status (OR=2.05, 95% CI 1.09-3.88); and alcohol consumption (OR=2.01, 95% IC 1.07-3.77 for \leq 240 and OR=15.93, 95% CI 5.09-49.8 for $>$ 240 grams/week).

Conclusion

Social class is an important factor in the phenomenon of victimization by physical aggression, with the subproletariat deserving special attention in the strategies of intervention regarding this problem.

INTRODUÇÃO

A vitimização por agressão física constitui sério problema social e de saúde pública e vem aumentando em frequência e gravidade¹⁷. Define-se agressão como qualquer atitude que tem por intenção ferir ou ofender outro ser humano que está motivado (decidido) a evitar tal tratamento. Pode ser classificada mediante três aspectos: física ou verbal, ativa ou passiva, direta ou indireta¹.

Para cada caso de homicídio estimam-se 100 casos de agressão⁷. Em inúmeros países e no Brasil os homicídios têm representado significativa proporção dos óbitos e têm sido a primeira causa de anos potenciais de vida perdidos²³.

Investigações epidemiológicas têm verificado a associação entre classe social e problemas de saúde²². O subproletariado, em particular, é apontado como grupo de risco para a maioria dos problemas de saúde, em especial os materno-infantis, a desnutrição e doenças infectoparasitárias. Além disso, esses indivíduos são mais expostos a vários fatores de risco, tais como ingestão de álcool e hábito de fumar⁹.

A relação entre classe social e violência tem sido muito investigada no que se refere à mortalidade⁴, mas pouco no que se refere à morbidade. Considerando-se o aumento da violência e a escassez de informações sobre a relação entre classe social e vitimização por agressão física, realizou-se o presente estudo com o objetivo de investigar esta associação.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo caso-controle em Sorocaba, Brasil. Os casos foram as vítimas de agressão física atendidas no pronto socorro do município. Os controles foram pacientes atendidos pelo mesmo serviço e pela mesma equipe médica, cujo motivo de atendimento era o acometimento por patologias clínico-cirúrgicas não violentas. Não eram elegíveis como controles pacientes atendidos por síndrome da imunodeficiência adquirida, deficiências nutricionais devido ao alcoolismo, psicose alcoólica, síndrome da dependência do álcool, cirrose, psicose por drogas, dependência ou abuso de drogas ilícitas, causas externas acidentais ou de natureza ignorada e auto-agressões.

Os controles foram pareados aos casos por frequência segundo sexo e idade (grupos etários com intervalo de 10 anos). Procurou-se incluir como controle o paciente elegível atendido com menor intervalo de tempo após o caso. Não foram incluídos os casos ou controles que resultaram em óbito antes do atendimento médico. As reincidências de casos ou controles também não foram incluídas.

Nos casos e controles foi aplicado um questionário que, além de classe social, incluiu informações sobre cor, situação conjugal, hábito de fumar, ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, heroína e "crack"). As entrevistas foram realizadas por profissionais especialmente treinados, imediatamente após o atendimento médico, no pronto-socorro. Estes profissionais entrevistaram proporções semelhantes de casos e de controles. O questionário era aplicado aos pacientes que estivessem conscientes e aceitassem participar após informados dos objetivos da pesquisa. Os pacientes eram cientificados de que em hipótese alguma a polícia teria acesso às informações prestadas por eles ao entrevistador. Para os pacientes inconscientes, ou em estado confusional, o entrevistador tentava obter os dados a partir de familiares ou acompanhantes.

Como o estudo foi desenvolvido em um serviço público de saúde, com clientela predominantemente proletária, casos e controles foram recrutados apenas no período noturno, nos fins de semana e nos feriados. Nessas ocasiões, outras opções de assistência médica são mais escassas. Com este procedimento procurou-se aumentar o número de indivíduos pertencentes a outras classes ou frações.

Para operacionalizar a variável classe social, utilizou-se a classificação de Bronfman e Tuíran⁶, que empregam o conceito de classe social atendo-se à instância econômica, considerando quatro dimensões: a posição que o indivíduo ocupa em um sistema de produção historicamente determinado, sua relação com os meios de produção, seu papel na organização social do trabalho e a magnitude e a forma de apropriar-se da parte da riqueza social de que dispõe. Assim, têm-se duas classes fundamentais, burguesia e proletariado, e suas frações, pequena burguesia tradicional, nova pequena burguesia, proletariado típico e não típico, e subproletariado¹⁰. O subproletariado é representado por agentes sociais que desempenham uma atividade predominantemente não assalariada, em geral instável, com a qual são obtidos rendimentos inferiores ao custo mínimo da reprodução da força de trabalho¹⁵. Os indivíduos foram classificados segundo as características do principal responsável econômico pelo núcleo familiar.

Os menores de 13 anos não foram classificados no que se referia ao hábito de fumar, ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas, e os menores de 18 anos no que se referia à situação conjugal. Quanto ao hábito de fumar, os indivíduos foram classificados em três categorias (não fumante, fumante de até 10 cigarros/dia, e fumante de mais de 10 cigarros/dia). Os ex-fumantes foram incluídos na categoria de não-fumantes. Quanto à ingestão de álcool, os indivíduos foram classificados segundo a quantidade em gramas de álcool contida nas bebidas ingeridas por semana (até 240 gramas, mais de 240 gramas e não-consumidores).

Os dados coletados eram recolhidos mensalmente e realizada uma revisão junto aos entrevistadores, com a verificação da consistência e da taxa de *sem resposta* de cada questionário. Os dados levantados eram passados para uma planilha codificada e a seguir digitados duas vezes,

criando-se dois bancos de dados independentes, os quais posteriormente foram comparados para eliminar os erros de digitação.

Para estimar os riscos de vitimização por agressão física associados com os fatores estudados, foram calculados os "Odds ratios" (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%), considerando-se a vitimização por agressão física como variável dependente e os diversos fatores como variáveis independentes. A análise estatística utilizada foi a regressão logística não condicional⁵. Calculou-se o OR e o IC 95% de vitimização por agressão física para cada fator ajustando-se primeiramente por sexo e idade. Posteriormente foram incluídos todos os outros fatores estudados para avaliar o efeito independente de cada variável.

RESULTADOS

Inicialmente foram recrutados 195 casos e 237 controles, entre 1/10/93 e 19/1/95. Duas reincidências de casos e uma reincidência de controle não foram incluídas. Dos casos elegíveis, quatro se recusaram a participar; dos controles considerados elegíveis, 10 foram identificados posteriormente como efeitos tardios de lesões acidentais (portanto não elegíveis) e cinco se recusaram a participar da pesquisa. Foram portanto incluídos no estudo 191 casos e 222 controles. Entre os casos predominaram ferimentos na cabeça, pescoço ou tronco, nos membros superiores e lesões superficiais. Entre os controles predominaram pacientes com diagnóstico de doenças do aparelho respiratório (70); sintomas, sinais e afecções maldefinidas (54); doenças do aparelho genito-urinário (21); doenças do aparelho digestivo (20); doenças do aparelho circulatório (20) e doenças infecciosas e parasitárias (12). Em 32 casos e 30 controles os entrevistadores obtiveram os dados a partir de familiares ou acompanhantes.

Tabela 1 - Distribuição de casos e controles segundo cor e situação conjugal e "Odds ratios" (OR) associado de vitimização por agressão física.

Fator	Casos	Controles	Or*	IC 95%
Cor				
Branco	144	183	1,00	
Negro/mestiço com negro	47	39	1,53	0,94-2,48
Situação conjugal**				
Casado	50	84	1,00	
Viúvo	2	3	0,94	0,15-5,93
União informal	30	22	2,62	1,33-5,18
Separado	8	12	1,12	0,43-2,94
Solteiro	79	73	2,10	1,21-3,64

* Ajustado por categorias de sexo e idade.

** Não classificados 21 casos e 28 controles menores de 18 anos e dado ignorado para 1 caso.

IC - Intervalo de confiança.

Tabela 2 - Distribuição de casos e controles segundo hábito de fumar, ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas e "Odds ratio" associado de vitimização por agressão física*.

Fator	Casos	Controles	OR**	IC 95%
Hábito de fumar***				
Não-fumantes	78	123	1,00	
Fumante até 10 cig./dia	34	40	1,33	0,77-2,30
Fumante mais de 10 cig./dia	68	41	2,75	1,67-4,52
Ingestão de álcool****				
Não consome	33	74	1,00	
Até 240 g/semana	104	124	2,08	1,24-3,51
Mais de 240 g/semana	33	4	24,05	8,41-68,8
Uso de drogas ilícitas*****				
Não-usuário	155	193	1,00	
Usuário	23	9	3,07	1,37-6,88

* Não classificados 4 casos e 16 controles menores de 13 anos.
** Ajustado por categorias de sexo e idade.
*** Dados ignorados para 7 casos e 2 controles.
**** Dados ignorados para 17 casos e 4 controles.
***** Dados ignorados para 9 casos e 4 controles.

A média e a mediana de idade dos casos (28,8 e 26,0 anos, respectivamente) e dos controles (29,0 e 27,0 anos, respectivamente) foram semelhantes. A proporção de indivíduos do sexo masculino entre os casos (74%) foi similar à dos controles (71%).

Não se verificou associação significativa de vitimização por agressão física com a cor (Tabela 1). Comparados a indivíduos casados, indivíduos com uniões informais (OR 2,62, IC 95% 1,33-5,18) e solteiros (OR 2,10, IC 95% 1,21-3,64), ambos com resultados ajustados por sexo e idade, apresentaram risco aumentado de vitimização por agressão física (Tabela 1).

No que se refere ao tabagismo, os fumantes de mais de 10 cigarros por dia apresentaram maior risco de vitimização por agressão física, OR 2,75, IC 95% 1,67-4,52 (Tabela 2).

A ingestão de álcool também esteve associada significativamente com a vitimização por agressão física, com risco crescente segundo a quantidade ingerida por semana. Os indivíduos que relataram consumo superior a 240 g/semana apresentaram risco especialmente elevado (OR ajustado por sexo e idade 24,05, IC 95% 8,41-68,8) (Tabela 2).

Relataram uso de drogas ilícitas 23 (12,9%) casos e nove (4,5%) controles, tendo predominado o uso de maconha. Isto resultou em um risco aumentado de vitimização por agressão física (Tabela 2).

Quanto à classe social e suas frações, nenhum dos indivíduos incluídos no estudo pertencia à burguesia. Como apenas cinco casos e nove controles eram pertencentes à nova pequena burguesia, esses indivíduos e aqueles de pequena burguesia tradicional foram agrupados na categoria pequena burguesia. Portanto, na análise mostrada na Tabela 3, os participantes foram classificados em quatro categorias: pequena burguesia, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado. Quando comparados à pequena burguesia, o proletariado não típico e o típico não apresentaram riscos estatisticamente significantes. Já o subproletariado apresentou risco aumentado de vitimização por agressão física (OR ajustado por sexo e idade 4,20, IC 95% 1,99-8,84).

Para avaliar a contribuição independente de cada variável, todos os fatores analisados anteriormente, além de sexo e idade, foram incluídos no modelo final (Tabela 4).

Tabela 3 - Distribuição de casos e controles segundo classe social e frações e "Odds ratio" associado de vitimização por agressão física.

Classe social e frações*	Casos	Controles	OR**	IC 95%
Pequena burguesia***	22	36	1,00	
Proletariado não típico	47	93	0,81	0,43-1,55
Proletariado típico	60	66	1,47	0,77-2,80
Subproletariado	54	22	4,20	1,99-8,84

* Dados ignorados para 8 casos e 5 controles.
** Ajustado por categorias de sexo e idade.
*** Nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional.

Tabela 4 - Distribuição de casos e controles segundo os fatores estudados e "Odds ratio" associado de vitimização por agressão física (modelo final).

Fator*	Casos	Controles	OR**	IC 95%
Classe social				
Pequena burguesia***	19	29	1,00	
Proletariado não típico	38	83	0,79	0,38-1,66
Proletariado típico	56	55	1,70	0,81-3,57
Subproletariado	47	20	3,28	1,42-7,59
Situação conjugal				
Casado	48	80	1,00	
Viúvo	2	3	0,70	0,00-6,82
União informal	29	22	2,03	0,95-4,36
Separado	8	12	0,68	0,23-2,04
Solteiro	73	70	2,05	1,09-3,88
Cor				
Branco	122	155	1,00	
Negro ou mestiço com negro	38	32	0,90	0,48-1,66
Hábito de fumar				
Não-fumante	64	107	1,00	
Fumante de até 10 cigarros/dia	31	40	0,96	0,52-1,77
Fumante de mais de 10 cigarros/dia	65	40	1,65	0,93-2,93
Ingestão de álcool				
Não consome	23	61	1,00	
Até 240 gramas/semana	97	121	2,01	1,07-3,77
Mais de 240 gramas/semana	40	5	15,93	5,09-49,8
Uso de drogas ilícitas				
Não-usuário	140	179	1,00	
Usuário	20	8	1,69	0,67-4,28

* 31 casos e 35 controles não incluídos por não terem sido classificados ou por apresentarem dados ignorados para uma ou mais variáveis.

** Ajustado por sexo, idade e os outros fatores mostrados na Tabela.

*** Nova pequena burguesia e pequena burguesia tradicional.

Os OR associados ao uso de drogas ilícitas e ao consumo superior a 10 cigarros/dia diminuíram e não foram mais estatisticamente significantes. Quanto à situação conjugal, somente os indivíduos solteiros continuaram com risco significativo (OR 2,05, IC 95% 1,09-3,88). As duas categorias de ingestão de álcool permaneceram com risco aumentado. Apesar da redução, a associação com ingestão superior a 240 g/semana persistiu intensa (OR 15,93, IC 95% 5,09-49,8). Após controlar por diversas variáveis, os indivíduos do subproletariado apresentaram risco de vitimização superior a três (OR 3,28, IC 95% 1,42-7,59). Os riscos do proletariado típico e não típico continuaram não diferindo de modo significativo daquele da pequena burguesia.

Analisando o modelo final, as variáveis que mais contribuíram para a redução do OR de união informal, hábito de fumar e uso de drogas ilícitas foram classe social e ingestão de álcool. A associação entre estas duas variáveis explica em grande parte a redução observada no risco do subproletariado e dos indivíduos que ingeriam mais de 240 g de álcool por semana.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos mostram risco aumentado de vitimização por agressão física nos indivíduos pertencentes ao subproletariado. Esse risco manteve-se significativo mesmo após controle por diversas variáveis. A redução observada no OR do subproletariado foi devida principalmente a confundimento pela variável ingestão de álcool. Black et al.⁴ também relataram maior consumo de álcool em indivíduos com ocupações menos qualificadas.

Os resultados sobre ingestão de álcool são consistentes com a literatura no que se refere à vitimização por agressão física^{8,14}. Segundo Cherpitel e Kosovsky⁸, esse risco aumentado ocorre também em bebedores moderados ou eventuais, e não somente em bebedores abusivos ou regulares. A explicação largamente aceita e conhecida para o fenômeno é a ação farmacológica do álcool sobre o sistema nervoso central.

Quanto à cor, o fato de não se ter encontrado associação reforça a hipótese de que a questão é econômica e não racial. Cesare et al.⁷ encontram risco

maior nos negros, porém ajustando por classe social a diferença não se mantém.

Considerando a situação conjugal, riscos maiores têm sido encontrados para homens solteiros e separados, e para mulheres com uniões informais. O risco aumentado nos solteiros tem sido atribuído a maior frequência de saídas noturnas e hábitos solitários, enquanto o risco aumentado nas uniões informais está no fato de serem muitas vezes conflituosas e instáveis^{3,20}.

Em relação ao hábito de fumar, apesar de Garrison et al.¹¹ relatarem maior risco para os fumantes, a associação é fraca. A ação simpaticomimética da nicotina e a associação de classe social com o hábito de fumar têm sido apontadas como possíveis razões.

Para as drogas ilícitas, Valois et al.²⁴ descrevem riscos maiores nos usuários. Hall et al.¹² defendem que isto decorre principalmente das condições socioeconômicas. A ação farmacológica sobre o sistema nervoso central exercida pela maconha é mais fraca do que pela cocaína ou heroína¹². Além disso, as ações são diferentes. O pequeno número de indivíduos com história de uso de drogas ilícitas, na presente investigação, impediu a avaliação do risco associado ao uso específico de cada droga.

A técnica de entrevistar casos e controles no pronto-socorro, imediatamente após o atendimento médico, tem sido recomendada por ser mais sensível, favorecer a confidencialidade e permitir informações mais confiáveis do que as fichas policiais¹⁶.

As reduzidas taxas de recusa e de *sem resposta* no presente estudo fortalecem a validade dos resultados encontrados. Além disso, os entrevistadores receberam treinamento adequado antes do início da coleta e participaram durante todo o período do trabalho de campo.

Por se tratar de um estudo caso-controle de base hospitalar, sabe-se que os resultados podem ser expressão do que ocorre na clientela do serviço, e não necessariamente do que ocorre na população. Assim, no que se refere à classe social, mesmo restringindo o recrutamento ao período noturno, fins de semana e feriados, não se observou entre casos e controles nenhum indivíduo da burguesia propriamente dita, quando na literatura consultada varia de 0 a 2%^{2,6,9,10,15}.

Os resultados obtidos quanto à classe social são consistentes com a literatura. Diversos autores têm encontrado risco aumentado de mortalidade por homicídio para indivíduos de grupos sociais de menor renda²¹, com ocupações não qualificadas¹³, residentes em áreas de piores condições socioeconômicas¹⁹, e risco aumentado de agressões físicas em desempregados⁷. O fato de esse risco aumentado ter sido encontrado apenas no subproletariado reforça e mostra mais uma faceta de sua situação extremamente crítica em nossa sociedade: vende sua força de trabalho braçal, não qualificada e pouco valorizada; freqüentemente é aliado do sistema produtivo ficando desempregado; trabalha em setores não fundamentais; raramente recebe o suficiente para sobreviver e se reproduzir; depende de políticas públicas; freqüentemente é excluído do processo social; tem ocupações de fácil substituição; tem vínculo empregatício instável e representa o exército de reserva da força de trabalho^{10,15}. Emocionalmente é submetido a uma condição de vida que o afeta quanto à auto-estima que muitas vezes pode produzir depressão, estresse e ansiedade. Cognitivamente ignora sua vulnerabilidade e a gravidade de determinadas atitudes de risco, assim como as medidas de prevenção. Tudo isto resulta em autonomia limitada, nível de responsabilidade diminuído, autocontrole precário e maior exposição a diversos fatores de risco¹⁸.

Em conclusão, os resultados mostraram associação entre classe social e o risco de vitimização por agressão física mesmo após controlar por diversas variáveis potencialmente confundidoras. O risco aumentado restringiu-se ao subproletariado, indicando que os indivíduos pertencentes a esta fração de classe deveriam receber especial atenção nas estratégias de intervenção para o problema.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Guilherme R. Silva e Moisés Goldbaum, da Faculdade de Medicina da USP; Chester L. G. Cesar, da Faculdade de Saúde Pública da USP; Rita C. B. Barata, da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e Edith S. Silva, da Fundação Getúlio Vargas, pelos comentários e sugestões.

REFERÊNCIAS

1. Baron RA. *Human aggression*. New York: Plenum Press; 1977.
2. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saúde Pública* 1986; 20:269-73.
3. Bishop J, Patterson PGR. Guidelines for the evaluation and management of family violence. *Can J Psychiatry* 1992; 37:458-71.
4. Black D, Morris SN, Smith C, Townsend P. *Inequalities in health, the Black report*. New York: Penguin Books; 1982.
5. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research*. Lyon: International Agency Research on Cancer, v. 1. 1980. (IARC Scientific Publications, 32).
6. Bronfman M, Tuíran RA. La desigualdad social ante la muerte, clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc* 1984; 29/30:53-73.
7. Cesare J, Morgan AS, Felice PR, Edge V. Characteristics of blunt and personal violent injuries. *J Trauma* 1990; 30:176-82.
8. Cherpitel CJS, Rosovsky H. Alcohol consumption and casualties: a comparison of emergency room population in the United States and Mexico. *J Stud Alcohol* 1990; 51:319-26.
9. Duncan B. *Estudo populacional dos fatores de risco para as doenças não transmissíveis*. Porto Alegre; 1992. [Tese de Doutorado-Universidade Federal do Rio Grande do Sul].
10. Facchini LA, Lombardi C, Bronfman M, Victoria CG, Barros FC, Beria JU, Teixeira AMB. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saúde Pública* 1988; 4:253-65.
11. Garrison CZ, Mckeown RE, Valois RF, Vincent, ML. Aggression, substance use, and suicidal behavior in high school students. *Am J Public Health* 1993; 83:179-84.
12. Hall W, Bell J, Carless J. Crime and drug use among applicants for methadone maintenance. *Drug Alcohol Depend* 1993; 31:123-9.
13. Koskenvuo M. Social factors and the gender difference in mortality. *Soc Sci Med* 1986; 6:605-9.
14. Lindman RE, Lang AR. The alcohol-aggression stereotype: a cross-cultural comparison of beliefs. *Int J Addictions* 1994; 229:1-13.
15. Monteiro CA, Freitas ICM, Baratho RM. Saúde, nutrição e classes sociais: o nexó empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1989; 23:422-8.
16. Murdoch D, Pihl RO, Ron D. Alcohol and crimes of violence: present issues. *Int J Addictions* 1991; 42:954-5.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Salud y violencia: plan de acción regional*. Washington; 1994.
18. Quine L, Rutter DR. Inequalities in pregnancy outcome: a review of psychosocial and behavioral mediators. *Soc Sci Med* 1990; 30:553-68.
19. Roberts RE. Social status, ethnic status and urban mortality: an ecological analysis. *Texas Rep Biol Med* 1970; 28:13-28.
20. Scott E. Canada's family violence initiative: partnerships. *Cad Saude Pública* 1994; 10 supl. 1:218-22.
21. Shepherd JP, Farrington DP. Assault as a public health problem: discussion paper. *J R Soc Med* 1993; 86:89-92.
22. Smith D, Bartley M, Blane D. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *BMJ* 1990; 301:373-7.
23. Stark E. Rethinking homicide: violence, race and the politics of gender. *Int J Health Serv* 1990; 20:3-26.
24. Valois RF, Mckeown RE, Garrison CZ, Kirby SD. Adolescent risk behavior and the potential for violence. *J Am Coll Health* 1993; 41:141-7.