

## Violência contra adolescentes: diferenciais segundo estratos de condição de vida e sexo

Violence against adolescents:  
differentials by gender and living conditions strata

Inês Eugênia Ribeiro da Costa <sup>1</sup>

Ana Bernarda Ludermir <sup>2</sup>

Isabel Avelar <sup>3</sup>

**Abstract** *An ecological study was conducted in order to analyze differences in mortality rates among adolescents by gender and living conditions strata in Recife from 1998 to 2004. The average mortality coefficient for violence during this period was calculated by gender for the city and by living conditions strata. This analysis demonstrated a higher risk of death by violence for male adolescents in Stratum III (poorest living conditions). The mortality rates by violence for men and women were 10.89 (Recife); 10.90 (Stratum I); 11.70 (Stratum II) and 10.30 (Stratum III). The findings show that although males are at the highest risk, it is also quite clear that living conditions influence the distribution of the mortality rate due to violence.*

**Key words** *Violence, Adolescents, Living condition, Gender*

**Resumo** *Um estudo ecológico foi conduzido para analisar os diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo Estrato de Condição de Vida e sexo, no Recife, no período de 1998 a 2004. O coeficiente médio de mortalidade por violência para o período foi calculado por sexo para o município e para os Estratos de Condição de Vida. A análise demonstrou um maior risco de morte por violência para os adolescentes do sexo masculino residentes no estrato III (pior condição de vida). A razão da mortalidade por violência entre os sexos masculino e feminino foi de 10,89 (Recife); 10,90 (estrato I); 11,70 (estrato II) e 10,30 (estrato III). Os resultados demonstram que, se por um lado o sexo masculino é o mais acometido, por outro há uma evidente influência das condições de vida na distribuição das mortes por violências.*

**Palavras-chave** *Violência, Adolescente, Condição de vida, Sexo*

<sup>1</sup> Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, IMIP. Rua dos Coelhos 300, Boa Vista. 50070-550 Recife PE. iecosta@uol.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

<sup>3</sup> Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, Universidade de Pernambuco.

## Introdução

O fenômeno da violência ocupa na atualidade posição de destaque na pauta da saúde coletiva como objeto de reflexão, na perspectiva das ações de promoção, prevenção e atenção médica. O informe mundial sobre violência e saúde da OMS<sup>1</sup> revela que, no ano de 2000, a mortalidade por violência apresentou uma taxa de 9,2 por 100 mil sendo responsável pela perda de 199.000 jovens com idade entre 10 a 29 anos. As maiores taxas de mortalidade por homicídios foram registradas na África e América Latina (>12 por 100 mil) e as menores, na Europa Ocidental, algumas áreas da Ásia e do Pacífico (0 - 4,99 por 100 mil). As principais vítimas de homicídios foram os jovens do sexo masculino com uma taxa de 19,2 por 100 mil.

O perfil de mortalidade por violência no Brasil segue a tendência mundial, em termos de maior concentração nas regiões metropolitanas e maior incidência sobre o sexo masculino e no grupo de adolescentes e jovens<sup>2,3,4</sup>. A magnitude da violência contra adolescentes evidencia um quadro de mortes prematuras e fortes alterações na estrutura demográfica e se constituiu num dos principais fatores que levaram a uma mudança no padrão etário da mortalidade brasileira<sup>5</sup>.

Segundo Reichenheim e Werneck<sup>6</sup>, quando a morte ocorre numa etapa da vida de alta criatividade e produtividade, como é a adolescência, não só pune o indivíduo e o grupo que lhe é próximo, mas também priva a coletividade de seu potencial intelectual e econômico.

No Brasil, levando-se em conta a distribuição das causas externas segundo o sexo, observou-se que a sobremortalidade masculina já é evidente na faixa etária de 10 a 14 anos: morreram 2,2 adolescentes do sexo masculino para uma adolescente do sexo feminino em 2000; já para a de 15 a 19 anos, essa sobremortalidade é bem maior: morrem 6,4 rapazes para cada moça da mesma idade<sup>7</sup>.

Em Pernambuco, Lima *et al.*<sup>8</sup>, estudando especificamente a magnitude dos homicídios e a sua evolução temporal no período de 1980- 1998 na população masculina de 15 a 49 anos por área geográfica do estado, verificaram o crescimento das taxas de mortalidade por essa causa na capital, região metropolitana e interior. Os valores proporcionais desse crescimento, quando analisados os anos extremos da série, passaram de 69,6% para 91,4% na capital; de 57,6% para 89,4% na região metropolitana; de 45,9% para 75,6% no interior; e de 54,1% para 84,7% no estado.

Na cidade do Recife, verificou-se que 88,59%

dos óbitos por causas externas ocorreram no sexo masculino, sendo que o risco de morte por homicídios foi cerca de vinte vezes maior nos homens que nas mulheres<sup>9</sup>.

Para Silva e Silva<sup>10</sup>, é nas grandes regiões metropolitanas de todo o Brasil que a violência expressa nas mortes é mais freqüente. Esse dado, quando desagregado por município, revela que nas periferias das capitais, particularmente do Rio de Janeiro, de São Paulo, de Vitória e do Recife, a violência contra os adolescentes e jovens é muito elevada, evidenciando que a desigualdade é mais significativa na compreensão da mortalidade dos adolescentes brasileiros do que a simples presença das condições de pobreza.

Uma das explicações utilizadas para justificar o aumento da mortalidade por violência para os adolescentes é o modo como se verificou a urbanização no país. Minayo<sup>11,2,12</sup> explica que o elevado ritmo de migração interna deu-se, sobretudo, por jovens, para os maiores centros urbanos em busca de ocupação. No entanto, não sendo grande parte absorvida pelo mercado de trabalho, foram morar nas periferias das grandes cidades. Como resultado dessa vivência sob intensa violência estrutural, esses jovens foram levados às ruas em busca da sua própria sobrevivência e por vezes de sua família, expondo-se a outros tipos de violência. Ainda de acordo com a autora, esta especificidade histórica no caso brasileiro vai nos mostrar que são os adolescentes pobres das periferias as grandes vítimas da violência e dos homicídios que crescem entre esse grupo populacional marginalizado e se associa às desigualdades sociais, ao desemprego e as oportunidades do mercado ilegal de armas e drogas.

Vários autores vêm apontando uma relação entre o crescimento da violência e as desigualdades sociais existentes no Brasil e em particular nas regiões metropolitanas e capitais<sup>13, 14, 6, 15, 16, 17</sup>.

Conforme Barata<sup>18</sup>, os modos de vida das sociedades resultam das questões culturais, das características individuais e, sobretudo, da produção e distribuição das riquezas no período histórico, dependente das relações sociais que são estabelecidas no interior das sociedades e como são reguladas e controladas essas relações.

Desta forma, considerando-se a importância e a atualidade do tema, este artigo analisa a violência contra os adolescentes segundo Estratos de Condição de vida e sexo, na perspectiva de contribuir para as discussões e formulações de políticas públicas que enfoquem a questão de gênero dirigidas a esse grupo populacional.

## Métodos

### Área de estudo

O Recife, capital do estado de Pernambuco, localiza-se no litoral oriental da Região nordeste do Brasil. Ocupa uma área de 219 km<sup>2</sup>, correspondendo a cerca de 0,2% da área total do Estado e apresenta uma densidade demográfica de 6,4 mil hab./km<sup>2</sup> (64,78 hab/há), com grandes variações entre seus bairros<sup>19</sup>. A cidade possui 94 bairros, situados em alagados, morros, planícies e praias, agrupados em dezoito microrregiões e estas em seis regiões político-administrativas (RPA), que correspondem aos distritos sanitários<sup>20</sup>. O Recife apresenta-se como uma cidade heterogênea, marcada por grandes desigualdades sociais, onde os contrastes tornaram-se mais visíveis e mais próximos e, comumente, vêem-se populações de diferentes classes sociais vizinhas<sup>20,21</sup>. Em 2000, sua população era de 1.422.905 habitantes, representando 17,9% da população do Estado e 42,6% da população da Região Metropolitana. O grupo dos adolescentes, com aproximadamente 278.308 habitantes, representava 19,56% da população do Recife, sendo 49,73% do sexo masculino e 50,27% do feminino.

### Desenho da investigação e coleta de dados

Um estudo ecológico de grupos múltiplos foi conduzido tomando-se por base todos os óbitos por violência ocorridos em adolescentes residentes no Recife no período de 1998 e 2004.

Os dados relativos ao tipo de violência que acometeu os adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade foram obtidos, por meio eletrônico, do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Recife (SIM). Na coleta de dados sobre mortalidade segundo tipo de violência (homicídio, suicídio e acidente de transporte) contra adolescente de 10 a 19 anos de idade, para o ano de 1998, os dados encontravam-se em ambiente DOS, cuja pasta de trabalho é denominada TABDO. De 1999 a 2004, encontravam-se em ambiente WINDOWS, cuja pasta de trabalho é denominada TABWIN. Para os dados populacionais, utilizaram-se as informações do Censo Demográfico de 2000 e, para os de condições de vida por estratos, utilizou-se o Indicador Composto de Condição de Vida (IC-CV).

### Definição das variáveis

Foi utilizado o Indicador Composto de Condição de Vida construído por Silva<sup>22</sup>, que evidenciou situações de risco coletivo para adoecimento e morte da população do Recife. A autora, com base no banco de dados do censo demográfico de 2000 e nos estudos realizados por Guimarães<sup>23,24</sup>, elaborou um Indicador Composto de Condição de Vida (IC-CV) a partir de cinco indicadores referentes aos bairros (proporção de domicílios com abastecimento de água adequado, proporção de domicílios com instalação sanitária adequada, proporção da população de 10 a 14 anos analfabeta, proporção de chefes de domicílios com três anos ou menos de estudo, proporção de chefes de domicílios com renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos). O IC-CV dividiu a cidade em três estratos homogêneos de condição de vida:

- Estrato I: melhor condição de vida, composto por 10 unidades espaciais;
- Estrato II: intermediária condição de vida, composto por 23 unidades espaciais;
- Estrato III: pior condição de vida, composto por 44 unidades espaciais.

### Plano de descrição e análise

As tabulações executadas foram importadas para planilhas eletrônicas, onde se realizaram os cálculos dos coeficientes e proporções. A primeira etapa correspondeu à construção dos indicadores de mortalidade a partir dos dados do SIM. Foram construídas as taxas de mortalidade por mortes violentas (a soma dos óbitos por homicídios, suicídio e acidentes de transportes) para o município e os estratos de condição de vida utilizando-se o programa Excel. Para a determinação dos indicadores de mortalidade, a população exposta ao risco foi calculada com base no ano de 2000 (ano do censo demográfico) e multiplicada por sete (anos do estudo).

A segunda etapa correspondeu à análise da relação entre o IC-CV e as mortes violentas, sendo utilizado como estrato de referência para com-paração entre a condição de vida e a mortalidade por Violência dos diferentes espaços intra-urbanos do município do Recife, o estrato I “de melhor condição de vida”. Para tanto, utilizou-se como recurso analítico a determinação da sobre-mortalidade (excesso de óbitos) e da razão de taxas.

## Resultados

Em ambos os sexos, verificou-se maior taxa de mortalidade por homicídios no estrato III e menor no estrato I. Para a causa de morte Suicídio, observou-se a maior taxa (5,46%) no estrato I para os adolescentes do sexo masculino, enquanto para o sexo feminino, a maior taxa encontrada foi no estrato II (1,69%). Quanto aos acidentes de transporte para ambos os sexos, as maiores taxas foram verificadas no estrato II. Para ambos os sexos, a primeira causa de óbito por violência foram os homicídios (Tabela 1).

Quando se comparou a taxa de mortalidade (por 100 mil adolescentes) por homicídio no sexo masculino entre os estratos II, III e município com as do estrato I (Tabela 2), encontrou-se uma razão de taxas de 2,11 (estrato II/I), 2,16 (estrato III/I) e de 2,00 para o município/I. No sexo feminino, essa razão foi da ordem de: 2,22 (estrato II/I), 3,67 (estrato III/I) e 2,80 (município/I). No que concerne ao Suicídio, observou-se que o sexo feminino apresentou razões de taxas no sentido

oposto ao masculino: 2,28 (estrato II/I), 1,11 (estrato III/I) e 1,51 (município/I).

Para os acidentes de transporte, as maiores razões de taxas encontradas foram para o sexo masculino, tanto para atropelamento 1,53 (estrato II/I), 1,48 (estrato III/I), 1,43 (município/I) como para outros acidentes de transporte: 1,65 (estrato II/I), 1,26 (estrato III/I) e 1,41 (município/I) (Tabela 2).

A sobremortalidade por homicídios segundo sexo variou de 39,37% no estrato II e 40,69% no estrato III para o masculino, sendo que o excesso de óbitos por homicídio e acidente de transporte apresentou uma relação inversa com as condições de vida, o que não foi observado para os suicídios. Já no sexo feminino, esta variação foi de 37,93% no estrato II e 63,64% no estrato III, revelando, mais uma vez, uma relação inversa mais intensa desses óbitos com as condições de vida. Encontrou-se um excesso de óbitos por suicídio, nesse sexo, de 66,67% no estrato II; porém, no estrato III, ocorreu uma queda, chegando a percentuais negativos (- 25,00%); o mesmo foi observado para os acidentes de transporte (Tabelas 3 e 4).

**Tabela 1.** Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100 mil adolescentes de 10 a 19 anos de idade segundo sexo) por homicídio, suicídio e acidente de transporte, segundo estrato de condição de vida. Recife, 1998/2004.

Estrato de condição de vida	Violência por sexo															
	Homicídios				Suicídios				Acidente de transporte							
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino		Atropelamento		Outros acidentes					
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa
I (Melhor)	94	73,33	5	3,68	7	<b>5,46</b>	1	0,74	6	4,68	3	2,21	6	4,68	2	1,47
II (Intermediária)	541	154,92	29	8,18	6	1,72	6	<b>1,69</b>	25	<b>7,16</b>	10	<b>2,20</b>	27	<b>7,73</b>	7	<b>1,97</b>
III (Pior)	779	<b>158,56</b>	66	<b>13,50</b>	7	1,42	4	0,82	34	6,92	8	1,64	29	5,90	4	0,82
Recife *	1424	<b>147,00</b>	101	<b>10,31</b>	20	2,06	11	1,12	65	6,71	21	2,14	64	6,61	13	1,33

\* Inclusive os óbitos masculinos com bairros de residência ignorados (10 óbitos por homicídio e 2 óbitos por acidente de transporte) e os óbitos femininos com bairros de residência ignorados (1 óbito por homicídio).

**Tabela 2.** Razão das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes de 10-19 anos de idade) por violência por sexo entre estratos de condição de vida. Recife, 1998/2004.

Estrato	Razão de mortalidade por									
	Homicídio		Suicídio		Acidente de transporte				Total	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Atropelamento		Outros A. T.		Masc.	Fem.
II/I	<b>2,11</b>	<b>2,22</b>	0,32	<b>2,28</b>	<b>1,53</b>	1,28	<b>1,65</b>	1,34	1,95	1,81
III/I	<b>2,16</b>	<b>3,67</b>	0,26	<b>1,11</b>	<b>1,48</b>	0,74	<b>1,26</b>	0,56	1,96	2,07
RECIFE/I	<b>2,00</b>	<b>2,80</b>	0,38	<b>1,51</b>	<b>1,43</b>	0,97	<b>1,41</b>	0,90	1,84	1,84

**Tabela 3.** Comparação entre os óbitos por homicídio, suicídio e acidente de transporte observados e esperados em adolescentes do sexo masculino por Estrato. Recife, 1998/2004.

Morte por violência		Estrato de condição de vida			Recife **
		I * Melhor	II Intermediária	III Pior	
<b>Homicídio</b>	Óbitos observados	94	541	779	1424
	Óbitos esperados	94	328	462	911
	Excesso absoluto de óbitos	-	213	317	513
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>39,37</b>	<b>40,69</b>	36,03
<b>Suicídio</b>	Óbitos observados	7	6	7	20
	Óbitos esperados	7	24	34	68
	Excesso absoluto de óbitos	-	- 18	- 27	- 48
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	- <b>300,00</b>	- <b>385,71</b>	- 240,00
<b>Acidente de transporte</b>					
	Atropelamento				
	Óbitos observados	6	25	34	65
	Óbitos esperados	6	16	23	45
	Excesso absoluto de óbitos	-	9	11	20
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>36,00</b>	<b>32,35</b>	30,77
Outros A. T.	Óbitos observados	6	27	29	64
	Óbitos esperados	6	16	23	45
	Excesso absoluto de óbitos	-	11	6	19
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>40,74</b>	<b>20,69</b>	29,69

\* Estrato de Referência.

\*\* Inclusive os óbitos com bairros de residência ignorados (11 óbitos por homicídio e 2 óbitos por acidente de transporte).

**Tabela 4.** Comparação entre os óbitos por homicídio, suicídio e acidente de transporte observados e esperados em adolescentes do sexo feminino por estrato. Recife, 1998/2004.

Morte por violência		Estrato de condição de vida			Recife **
		I * Melhor	II Intermediária	III Pior	
<b>Homicídio</b>	Óbitos observados	5	29	66	101
	Óbitos esperados	5	18	24	49
	Excesso absoluto de óbitos	-	11	42	52
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>37,93</b>	<b>63,64</b>	51,49
<b>Suicídio</b>	Óbitos observados	1	6	4	11
	Óbitos esperados	1	4	5	10
	Excesso absoluto de óbitos	-	2	- 1	1
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>66,67</b>	- <b>25,00</b>	9,09
<b>Acidente de transporte</b>					
	Atropelamento				
	3	3	10	8	21
	3	3	8	11	22
	-	-	2	- 3	- 1
	-	-	<b>20,00</b>	- <b>37,50</b>	- 4,76
Outros A. T.	2	2	7	4	13
	2	2	1	7	14
	-	-	6	- 3	- 1
	-	-	<b>85,71</b>	- <b>75,00</b>	- 7,69

\* Estrato de Referência.

\*\* Inclusive os óbitos com bairros de residência ignorados (1 óbito por homicídio).

## Discussão

Ao se distribuir os óbitos por sexo, pretendeu-se investigar as desigualdades de gênero no perfil de mortalidade. Segundo Pereira<sup>25</sup>, uma das explicações para as diferenças de mortalidade entre os sexos é a maior prevalência de fatores de risco entre os homens. Quando se estudou a razão das taxas de mortalidade por violência e por sexo, percebeu-se que os adolescentes masculinos residentes no município apresentaram maior chance de ser acometidos por violência, sendo tal fato observado para cada uma das violências estudadas: homicídio, outros acidentes de transporte, atropelamentos e suicídio e em todos os Estratos de Condição de Vida. As altas taxas de mortalidade por violência em adolescentes do sexo masculino encontradas neste estudo foram também observadas por vários autores<sup>24, 26, 27</sup>.

Ao se espacializar estes óbitos segundo Estrato de Condição de Vida no município do Recife, verificou-se que, à medida que pioraram as condições de vida, ocorreu um aumento das taxas de mortalidade para ambos os sexos, com exceção do suicídio para o sexo masculino, com maior taxa no Estrato I (melhor condição de vida), e os acidentes de transporte que, para ambos os sexos, se expressaram com maior taxa no Estrato II (intermediária condição de vida), sugerindo que possivelmente ocorra aí uma maior circulação de pessoas e veículos. Em relação ao suicídio, Etzersdorfer *et al.*<sup>28</sup> afirmam que as mudanças na vida diária e na condição socioeconômica teriam aumentado o risco de suicídio entre os jovens do sexo masculino, enquanto na mulher não se observa este fenômeno, seja pela diminuição das desigualdades de gênero ou porque as mulheres teriam melhores estratégias de adaptação. Dado que no sexo masculino as taxas por suicídio resultaram ser mais elevadas nos estratos I e III, fica a interrogação sobre quais os fatores que favorecem este acontecimento em condições de vida tão díspares.

O fato de se identificar, no Recife, maiores coeficientes de mortalidade por violência em adolescentes do sexo masculino, com risco de morte para os residentes no município quase duas vezes superior ao observado para os residentes no estrato I (melhor condição de vida), evidenciou

a desigualdade do problema socioepidemiológico nesse grupo populacional.

A análise das taxas de mortalidade por violência e por tipo de violência segundo sexo expressa que a sobredeterminação exercida pelas condições de vida não é anulada pelas características demográficas desses grupos, tornando-se apenas menos evidente no sexo feminino. Todavia, quando se calculou a razão de taxas entre os Estratos III/I e II/I, observou-se que o sexo feminino apresentou uma maior chance de morrer por homicídio e suicídio que o masculino quando pioraram as condições de vida. Matéria publicada no *Jornal do Commercio*<sup>29</sup> sugere outras situações de risco para as adolescentes que, além de sujeitas à violência doméstica, se tornaram queima de arquivo em potencial, vítimas de chacinas e de acertos de contas envolvendo disputas no tráfico de drogas.

Tomando-se os valores encontrados quando se realizou a comparação entre os óbitos observados e esperados em adolescentes do sexo masculino (Tabela 3) e feminino (Tabela 4) por Estrato de Condição de Vida no município do Recife e o tipo de violência, observou-se que os percentuais de sobremortalidade por homicídios tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, no Estrato II, apresentaram-se semelhantes, e com a piora das condições de vida (estrato III) houve uma maior diferença para o sexo feminino. Neste aspecto, Barata *et al.*<sup>30</sup> consideram que uma possibilidade a ser averiguada é que o homicídio apresente perfil de ocorrência com padrões diferenciados por sexo e por grupo socioeconômico de tal modo que as desigualdades não atuam da mesma forma na produção da mortalidade entre homens e mulheres das diferentes classes sociais. Minayo e Souza<sup>31</sup> afirmam que mesmo predominando entre os homens, desde 1980 vem se observando um crescimento na mortalidade por homicídios em mulheres brasileiras.

A situação apresentada no estudo dos óbitos por violência segundo sexo deixa claro que, se por um lado o masculino é o mais acometido, por outro há uma contribuição das condições de vida na sua distribuição, evidenciando aspectos que poderão embasar programas específicos que tenham como objetivo a reversão desse quadro e das desigualdades de gênero e condição de vida no perfil de morbi-mortalidade do Recife.

## Colaboradores

IE Ribeiro da Costa trabalhou na concepção do projeto do estudo, coleta de dados, análise, interpretação e discussão dos resultados e redação do artigo. AB Ludemir atuou na concepção metodológica do estudo, análise, interpretação e discussão dos resultados e na revisão crítica do artigo. I Avelar atuou na discussão dos resultados e colaborou com a concepção metodológica do estudo.

## Referências

1. Organização Mundial de Saúde. **Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.; 2002.
2. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1): p.7-18.
3. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e adolescência. *J Pediatr* 1994; 70(5):263-266.
4. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:1-18.
5. Simões CCS. **Perfis de saúde e de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde; 2002. p.104-108.
6. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):188-198.
7. Assis SG, Deslandes SF, Santos NC. Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual. In: Souza RE, Minayo MCS, organizadoras. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 79-115.
8. Lima MLC *et al*. Análise espacial dos determinantes socioeconômicos dos homicídios no estado de Pernambuco. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):176-182.
9. Recife. Secretaria de Saúde/Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. **Perfil Epidemiológico do Recife**. Recife; 2005.
10. Silva HO, Silva JS. **Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo ciclo de vida no Brasil**. São Paulo: Global; Brasília: Unicef; 2005.
11. Minayo MCS, organizadora. **Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde**. Coleção Panorama Ensp, 2. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz; 1990.
12. Minayo MCS. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: Lima CA, organizadora. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 23-28.
13. Souza ER. Concealed and revealed violence: an epidemiological study of mortality from external causes in Duque de Caxias, Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 1993; 9(1): 48-64.
14. Mello Jorge MHP, Latorre MRDO. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(1):19-44.
15. Szwarcwald CL, Castilho EA. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev Panamericana de Saúde Pública* 1998; 4(3).

16. Akerman M. Diferenciais intra-urbanos em São Paulo: estudo de macro localização de problemas como estratégia para influenciar políticas urbanas. In: Barata RB *et al.*, organizadores. *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia*. Série Epidemiológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 219-234.
17. Macedo AC *et al* Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2002; 35(6): 515-522.
18. Barata RB. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 07-196.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário estatístico de saúde do Brasil - AEB, 2002*.
20. Guimarães MJB. *Mortalidade infantil e condição de vida: uma análise da desigualdade espacial no Recife* [dissertação]. Recife (PE): Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 1998.
21. Araújo MS. Velhos desafios. *Trabalhos para discussão*, n.º 143, jul.2002. [acessado 2005 Jun 20]. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/tpd/143.html>
22. Silva ICA. *Contribuição à vigilância da saúde na cidade do Recife: estudo das desigualdades de condição de vida e de saúde - 1996 - 2001* [dissertação]. Recife (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2003.
23. Guimarães MJB. *Mortalidade infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife* [tese]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
24. Guimarães MJB *et al*. Violência urbana em Recife: ascensão da mortalidade por causas externas 1980 - 1991. In: *Resumos do 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. 1995 nov. 7-10. Curitiba, Paraná. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p. 53.
25. Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
26. César IA, Rodrigues RN. A mortalidade por causas externas entre adolescentes do Recife e Salvador, nos anos 80. In: *XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, 1999.
27. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995, Recife. *Rev. Saúde Pública* 2001; 3(2):142-149.
28. Etzersdorfer E, Piribauer F, Sonneck G. Sex differential for suicide among Austrian age cohorts. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:240-5.
29. Sentindo na pele a marca da violência. *Jornal do Comércio* 2005 Jan; p. c4, 23.
30. Barata RB, Ribeiro MCSA, Moraes JC. Desigualdades sociais e homicídios em adolescentes e adultos jovens na cidade de São Paulo em 1995. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(1/2):50-59.
31. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? *Rev C S Col* 1999; 5(1):8-19.

---

Artigo apresentado em 15/08/2006

Aprovado em 13/11/2006

Versão final apresentada em 11/12/2006