



MORTALIDADE POR VIOLÊNCIA INTERPESSOAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, ANO 2000

MORTALITY RATE CAUSED BY INTERPERSONAL VIOLENCE IN CAMPINAS CITY, YEAR OF 2000

Francisco Américo FERNANDES NETO¹
Luiz Rogério HEINZL³
Gisele Lumy IGUMA³
Vanessa Ribeiro Santana BERINI³
Maria Alice Amorim GARCIA²

RESUMO

Objetivo

Mapear e caracterizar a violência interpessoal no município de Campinas no ano de 2000, discutindo os limites dos sistemas de informações sobre mortalidade.

Métodos

Realizou-se pesquisa nos arquivos necroscópicos do Instituto Médico Legal do município. Do total de 679 laudos de mortes decorrentes de homicídios ocorridos no ano 2000 selecionou-se para estudo 302 que correspondem ao total de casos na faixa etária de zero a 25 anos.

¹ Departamento de Medicina Legal, Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zefino Vaz, 1309, Campinas, SP, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-980, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A.A. GARCIA.
E-mail: malicegarcia@puc-campinas.edu.br

³ Acadêmico, Faculdade de Medicina, Centro de Ciências da Vida, PUC-Campinas.

Resultados

Os resultados mostram que houve predomínio de mortes no sexo masculino (n = 283; 93,7%), na faixa etária de 16 a 25 anos, no período noturno e nos Sábados e Domingos. Caracterizando os dados anatomopatológicos registra-se que 95,0% (n = 287) das lesões traumáticas foram decorrentes de ferimentos por projéteis de arma de fogo, sendo detectados mais de 3 ferimentos em 47,8% (n = 141) dos indivíduos. As principais causas de óbito foram traumatismo crânio-encefálico (n = 153; 50,7%), seguido do choque hipovolêmico (n = 108; 35,8%). Quanto ao lugar de ocorrência do homicídio, destaca-se a região sul do município, com precárias condições socioeconômicas e alta concentração de favelas e loteamentos irregulares, dados que correspondem aos achados na literatura.

Conclusão

Estes resultados evidenciados em diversas regiões metropolitanas de nosso país reafirmam a necessária e urgente ação governamental, promovida intersetorialmente entre a segurança, a educação, a saúde e a cultura.

Termos de indexão: violência, promoção da saúde, sistemas de informação, morte.

ABSTRACT

Objective

This study aims to identify and to characterize the interpersonal violence in Campinas city at the end of the 20th century, discussing the inadequacy of the systems of information about mortality .

Methods

A research was made based on mortuary files from the Instituto Médico Legal. 1247 cases related to violent death in the year of 2000 was analyzed, in particular, 679 cases which were caused by traumatic wounds from interpersonal violence. Finally, 302 cases were selected for study, corresponding between zero to 25 years old.

Results

In the last group selected, the majority of deaths was of the male gender (n = 283; 93.7%), between 16 and 25 years of age, incidents that occurred during the evenings, mainly on Saturday and Sunday evenings. In 95% (n = 287) of the cases the cause of death was by firearms projectiles, in which more than 3 injuries per victim were detected in 47.8% (n = 141). The main causes of death were brain-skull traumatism (n = 153; 50.7%), followed by hypovolemic shock (n = 108; 35.8 %). Predominantly in the suburbs of the south region of the city, there is a high incident rate of deaths caused by interpersonal violence.

Conclusion

The results of this study demand urgent and efficient governmental action in order to reduce the rates of deaths caused by murder in Campinas city.

Index terms: *violence, health promotion, information systems, death.*

INTRODUÇÃO

As causas externas em geral, com destaque aos homicídios, têm aumentado seu peso na estrutura da mortalidade brasileira afetando sobretudo os adolescentes e jovens do sexo masculino, residentes nos grandes centros urbanos, adquirindo ares de uma verdadeira “guerra urbana”¹⁻⁴.

A importância deste quadro para o setor de saúde, principalmente a partir da década de 90, é elucidada por dois motivos: o conceito ampliado de saúde no qual os fatores causadores da violência, como a desigualdade, a dominação e a exclusão social, afetam a vida e por isso fazem parte do universo da saúde pública; e, em um sentido mais restrito, refere-se ao fato de que a violência ao produzir danos físicos e emocionais, necessita de diagnóstico e de cuidados de uma equipe multiprofissional de saúde⁵.

Isto posto, este trabalho tem como objetivo mapear e caracterizar a violência interpessoal na faixa etária de zero a 25 anos no município de Campinas no ano de 2000 e indicar possíveis explicações para as incongruências entre os sistemas de informações de mortalidade. Enquanto estudo descritivo localiza grupos de risco contribuindo para a inferência de fatores predisponentes e a formulação de ações de prevenção e promoção da saúde.

Quadro atual da morbi-mortalidade por violência

Nos países desenvolvidos e na maioria dos em desenvolvimento as chamadas causas externas de morte ocupam a terceira posição. Estas são precedidas pelas doenças cardiovasculares e pelas neoplasias. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as causas externas são responsáveis por taxas de mortalidade mais elevadas na população jovem, do sexo masculino e que vive em países pobres^{6,7}. Entretanto, o perfil etiológico modifica-se substancialmente de região para região. Nos Estados Unidos, os coeficientes de mortalidade por causas

externas estão decaindo ao longo dos anos, sendo o suicídio a principal causa de morte violenta⁸⁻¹⁰.

No Brasil, a proporção de mortes por causas externas na faixa etária de 15 a 19 anos do sexo masculino chegou a 76,7% no ano de 1998, com cifras ainda mais altas na Região Sudeste onde mais de 80% dos casos são relacionados a causas violentas³.

No Estado de São Paulo, de 1980 a 1999 houve considerável aumento do coeficiente de mortalidade por causas externas, passando a ser o terceiro maior grupo de óbitos, devido ao crescimento de 218,1% no número de homicídios. Em 1999, 86,0% das mortes por causas externas, em São Paulo, ocorreram no sexo masculino, porcentagem ainda maior quando se trata de homicídios (92,9%), ambos na faixa etária de 20 a 29 anos^{3,8}.

Entre as mulheres, os homicídios ocupam o segundo lugar, superados pelas mortes decorrentes de acidentes de transporte⁸.

As causas externas são também as principais responsáveis pela perda de anos potenciais de vida entre os homens, com tendência de incremento no Estado de São Paulo, chegando a mais de três anos em 1998. Contribuem conseqüentemente para a redução da esperança de vida ao nascer e a elevação da sobremortalidade masculina nas idades de jovens-adultos, anulando os efeitos obtidos com a redução da mortalidade na infância³.

Analisando o fenômeno brasileiro de aumento da mortalidade por violência em relação ao local de ocorrência, observa-se uma concentração nas regiões metropolitanas e em municípios maiores que 50 mil habitantes^{2,5,8,11}. Identifica-se também a tendência à interiorização¹².

Campinas, cidade do interior do Estado de São Paulo, com 986 mil habitantes (concernentes a 38,7% da população da região metropolitana de Campinas, composta por 19 municípios), representa um pólo de migração crescente e desordenado, com conseqüente agravamento dos problemas sociais¹³⁻¹⁵. Apresenta grande progressão da população favelada com incremento de 71% nos últimos 6 anos: 88 093

pessoas em 28 favelas em 1996, para 150 664 em 83 favelas e 121 ocupações em 2002. Inclui-se entre estas a maior ocupação do Estado de São Paulo que soma o Jardim Monte Cristo e o Parque Oziel, na região sul do município, com estimativa de 30 mil habitantes^{13,16}.

Em período semelhante, de 1996 a 2000, houve em Campinas um acréscimo no número absoluto de homicídios de 38,7% (de 329 para 486 mortes) quando no Estado de São Paulo foi de 16,7%. No ano de 2000 a mortalidade por causas externas em Campinas ocupou o terceiro lugar no número total de mortes, correspondendo a 15,7% (829), estando as doenças do aparelho circulatório em primeiro lugar com 30,1% e as neoplasias em segundo com 16,8%¹⁴.

Entre as causas externas, em Campinas no ano de 2000, 58,6% (486) das mortes referiam-se à violência interpessoal. Concluindo, observa-se nas três últimas décadas uma redução considerável do risco de morte por acidentes de trânsito e o aumento do risco por homicídios entre os homens^{16,17}.

Diferentes estudos referentes ao local de residência dos jovens brasileiros submetidos aos homicídios destacam como de maior risco as áreas pobres e periféricas das grandes metrópoles^{2,5,18,19}.

Algumas pesquisas sugerem a relação entre os homicídios e o consumo de drogas, porém resultados mais conclusivos indicam a associação com o tráfico e outros crimes e não com o consumo^{5,12,18}.

Em investigação realizada em Belo Horizonte, MG, foi confirmado que o risco de homicídios concentra-se em 10 regiões do município (de um total de 280 bairros e 85 favelas), quase todas favelas, nas quais constatou-se alta frequência de danos por violência associados ao comércio de drogas, em especial o *crack*¹⁸.

Em Porto Alegre o achado é semelhante: as áreas geográficas com maior densidade de vítimas de homicídios abrangem setores com baixa condição socioeconômica, as maiores favelas da cidade e alta

ocorrência de conflitos entre os grupos que disputam o controle de drogas e policiais¹⁹.

Quanto ao tipo de instrumento utilizado nos homicídios destaca-se a arma de fogo, relacionada a mais de 60% dos casos no Rio de Janeiro, Pernambuco e Distrito Federal^{3,12,20}.

Nos traumatismos penetrantes a mortalidade é maior nos Ferimentos por Arma de Fogo (FPAF), correspondendo a 86% dos casos. Comparando os FPAF com os Ferimentos por Arma Branca (FAB) a mortalidade é de respectivamente de 22% e 4%. Nas vítimas de FPAF na região craniana a letalidade é de 75% a até mais de 90%. As lesões do Sistema Nervoso Central (SNC) aparecem como a principal causa de óbito seguido do choque hipovolêmico e/ou exangüinação^{7,17}.

Enquanto no Brasil, observa-se este quadro da violência interpessoal, nos países desenvolvidos como os Estados Unidos os índices de mortalidade por homicídio vêm decaindo substancialmente^{21,22}. Este fato pode ser explicado por uma complexa cadeia de fatores como a melhora das condições econômicas, envelhecimento da população, mudanças na legislação, exercício severo das leis e a implementação de programas de prevenção à violência^{8,9,16,23}.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se o levantamento de 1 247 laudos necroscópicos referentes ao total de registros da região metropolitana de Campinas do ano de 2000 do Instituto Médico Legal de Campinas (IML). Destes, 679 correspondiam aos homicídios, sendo selecionados para estudo o total de 302 que ocorreram no município de Campinas, na faixa etária de zero a 25 anos. Os casos incluídos correspondiam as mortes decorrentes de agressões por arma de fogo (CID X93, X94 e X95), objeto cortante (CID X99), objeto contundente (CID Y00), estrangulamento (CID X91) e outras lesões (CID Y04, Y08 e Y09)²⁴. Analisou-se sexo, idade, cor, órgãos mais lesados, causa imediata da morte e a ocorrência quanto a região

administrativa de acordo com a área de abrangência dos Distritos Policiais. O número de Projéteis de Arma de Fogo (PAF) relatado foi contado a partir do número de orlas de contusão e enxugo impressas quando da entrada destes na pele (orifício de entrada) descritas no laudo. Além disso, foram comparados aqueles que não apresentavam lesões associadas com os que apresentavam lesões secundárias, como hematomas, escoriações, equimoses, fraturas, lesões cortantes, perfuro-cortantes, queimaduras e outras.

Trabalhou-se com números absolutos, pois referem-se ao total de casos, o que permite dimensionar o impacto imediato do fenômeno estudado e a clientela potencial de um programa específico².

RESULTADOS

Dos 302 casos estudados, 283 (93,7%) correspondiam a pessoas do sexo masculino, sendo 163 (57,6%) de cor branca, 82 (29,0%) parda e 38 (13,4%) negra. Quanto ao sexo feminino, houve 19 casos (6,3%), sendo 17 (89,5%) brancas, 2 (10,5%) pardas e nenhuma negra.

Em relação a idade, predominou a faixa etária de 20 anos no sexo masculino e de 17 no sexo feminino. A média das idades foi de 22,12 anos entre os homens e de 19,62 entre as mulheres (Figura 1).

Tomando-se as variáveis relativas ao tempo, os meses mais violentos foram Julho (33 casos) e Novembro (35); a média de mortes por mês foi de 25,16; os Sábados (57) e Domingos (58) com maior frequência; e do total de 302 laudos, somente 65 continham o horário do homicídio, sendo predominante o noturno (40 casos), com maior concentração nas regiões do 9º DP (região sudoeste) com 86 ocorrências (28,5%) e 2º DP (região sudoeste e sul), com 39 (12,9%) e menor incidência no 12º DP (região leste) com 2 casos (0,7%) (Figura 2).

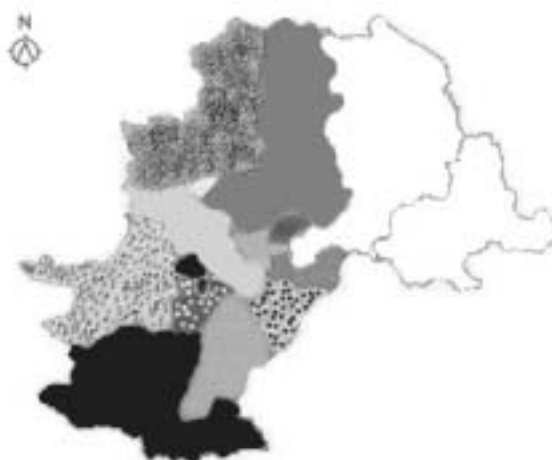


Figura 2. Distribuição espacial dos Distritos Policiais do município de Campinas, 2000.

Área negra: 9º DP; Área cinza com pontilhados brancos: 2º DP; Área branca: 12º DP.

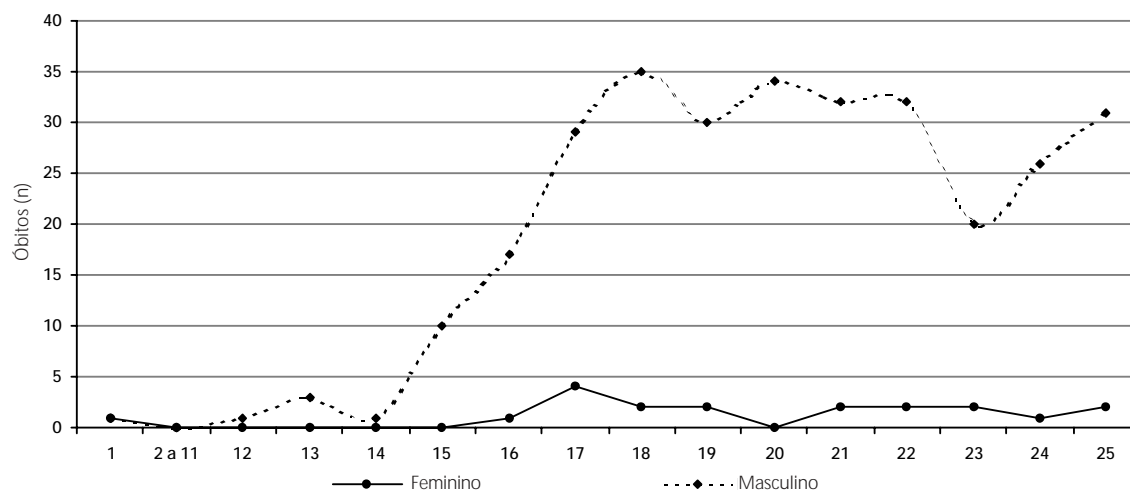


Figura 1. Homicídios segundo idade e sexo. Campinas 2000.

Em relação aos dados necroscópicos, as principais causas de morte foram: traumatismo crânio-encefálico (50,7%), choque hipovolêmico (35,8%), politraumatismo (9,9%) e trauma raquimedular (3,0%), havendo lesões associadas em 30,1% dos casos. Constatou-se a presença de múltiplos orifícios de entrada: 3 ou mais em 48,9% e 2 ou 3 em 30,2%, causados por arma de fogo em 287 dos 302 laudos, dados que demonstram a extrema violência destas mortes.

Corroboram para esta conclusão a descrição dos órgãos mais lesados pelos projéteis de arma de fogo: o cérebro em 17,5%, os pulmões em 10,7%, o fígado em 7,4%, o coração em 7,4% e o intestino (delgado e grosso) em 6,1%. Foram notificados também inúmeros danos em membros superiores e inferiores.

DISCUSSÃO

Este estudo revela a problemática das mortes por homicídio no município de Campinas, registrando-se este grave problema de forma atualizada e apontando-se as limitações das informações existentes.

É importante notar a diferença significativa entre os dados totais de homicídios registrados no IML de Campinas (679), na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (486) e na Secretaria de Segurança Pública (SSP) (488). Com relação à SSP, há uma distinção entre os homicídios, sendo considerados somente os dolosos (em que há a intenção de matar) para fins de investigação criminal¹³, desconsiderando-se, além dos culposos, os casos não investigados ou inconclusos. Há maior dificuldade em explicar a diferença entre as notificações da SMS e IML, o que sugere que muitos casos que chegam ao IML não são concluídos e classificam-se no sistema de informação como mortes mal definidas. É importante destacar que a maior parte dos homicídios ocorreu em regiões periféricas, inclusive favelas, havendo elevada porcentagem de indivíduos cuja identificação é ignorada.

A literatura sugere que esta discrepância entre os sistemas de informação de mortalidade corrobora para a impunidade e a incapacidade de se ter dados oficiais que permitam priorizar ações preventivas específicas^{2,5,20}. Segundo Minayo⁵, a falta de investigação, sobretudo quando as vítimas são membros das classes populares, impede a elucidação dos crimes e a captura de seus autores. Na dinâmica das relações institucionais, ficam claros determinados jogos de interesse e de poder da justiça e da polícia que se acusam mutuamente pela ineficiência.

O perfil das mortes violentas segue a tendência mundial em termos de incidência no sexo masculino e faixa etária de jovens^{12,19,23,25}. No presente estudo, em que a faixa etária estudada vai de zero a 25 anos, foi possível destacar o aumento brusco do número de homicídios no sexo masculino a partir dos 14 anos de idade, atingindo os maiores valores entre 16 e 25 anos, dados que são compatíveis aos encontrados na literatura^{9,10,15,17}. Assim, as causas externas, dentre as quais destaca-se o homicídio, atingem o primeiro lugar em importância quando se analisam os anos potenciais de vida perdidos^{2,3}.

A maior prevalência de homicídios foi nas regiões Sul e Sudoeste de Campinas (áreas de periferia que detêm a menor renda *per capita*), o que pode ser explicado pelos conflitos com a polícia, desavenças entre grupos de narcotraficantes e desentendimentos interpessoais, como ocorre em outras metrópoles brasileiras^{2,18,19}. Além disso, pode-se inferir, também como causas, a idéia de dinheiro fácil e a falta de oportunidades no mercado de trabalho o que atrairia fortemente os adolescentes de baixa renda a este tipo de atividade¹².

O predomínio da cor branca, seguida da parda, tanto no sexo masculino quanto no feminino, difere dos encontrados na literatura que mostra a cor negra como sendo a de maior prevalência dentro do número de homicídios, fato este que deverá ser melhor investigado levando-se em conta a proporção regional das diferentes etnias^{9,10,26,27}.

O estudo das causas físicas destes óbitos é dificultado no Brasil pela inexistência de trabalhos e

a desarticulação entre os hospitais e o IML. No entanto, os achados desta investigação quanto a predominância de lesões encefálicas por ferimentos por projéteis de armas de fogo seguidas do choque hipovolêmico, condiz com dados do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)¹⁷.

Estes resultados e as demais referências evidenciam que os jovens estão sendo cada vez mais atingidos como vítimas e autores. Estudos sugerem como causas de suas mortes os conflitos e desigualdades crescentes na sociedade; a impunidade das infrações e delinquências; a ausência de um projeto político e social de inclusão e o comportamento arbitrário e discriminatório do Estado personificado nas ações dos agentes de segurança^{5,18}.

Apesar da magnitude da situação estamos tratando de um fenômeno evitável e que pode ser revertido por meio de políticas públicas e ações locais e individuais como as observadas no estado do Rio de Janeiro, no qual registra-se a tendência de decréscimo destes índices³.

Pode-se concluir que se fazem necessárias atuações no campo macro-estrutural e conjuntural de forma intersetorial e multi-institucional. A criação de um sistema de vigilância epidemiológica das lesões fatais, com registro diário das ocorrências, permitiria corrigir as distorções e incoerências entre as diversas instituições que efetuam os registros, criando uma base de dados confiável. O monitoramento dos locais de ocorrência dos homicídios, por sua vez, significaria uma nova etapa no processo de conhecimento das circunstâncias dos eventos contribuindo com novas estratégias para o trabalho de redução de danos^{3,18,19,25}.

É imprescindível o planejamento intersetorial voltado às particularidades locais e a busca de parceiros em toda a sociedade, realizando-se ações de promoção da saúde pela redução da pobreza e desigualdade por meio do incentivo e facilitação de acesso dos jovens ao mercado de trabalho e educação; a atuação junto a grupos mais vulneráveis e a prevenção terciária das vítimas^{5,19,28}.

De todas estas medidas indicadas ao combate desta epidemia que tem tomado o vulto de uma "guerra civil" a redução da pobreza e das desigualdades somada a revalorização da vida seriam o fundamento para a reversão deste quadro.

REFERÊNCIAS

1. Arreola-Risa C, *et al.* Trauma Care Systems in Urban Latin America: The Priorities Should Be Prehospital and Emergency Room Management. *J Trauma* 1995; 39:457-62.
2. Cordeiro R, Donalisio R. Homicídios masculinos na Região Metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:669-77.
3. Simões CCS. As mortes por violência dos jovens brasileiros. *In: Perfis de mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos.* Brasília: OPAS 2002. p.89-109.
4. Smith GS, Barss P. Unintentional Injuries in Developing Countries: The Epidemiology of Neglected Problem. *Epidemiol Rev* 1991; 13:228-66.
5. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da Saúde Pública. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4(1):7-23.
6. Birolini D. Como Anda a Epidemia de Trauma? *Rev Assoc Méd Bras*, 2001; 47(1):3.
7. Chaddad FEA, Souza RW, Atique SC, Araújo JFM, Fernandes Neto FA. Traumatismo Crânio-encefálico por projétil de arma de fogo em Campinas (Análise de 230 casos). *In: Anais do III Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, V Simpósio Internacional de Neurotraumatologia e I Simpósio de Infecção no Paciente Crítico.* São Paulo, 1999.
8. Mortalidade por causas externas. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) – Grupo Técnico de Informações de Saúde (CIS). Boletim CIS nº 1. Dados de 1980 a 1999.

9. Number of Deaths from Injury by Firearms by Age, by Race, and Sex: United States, 1998. National Vital Statistics Reports 2000, 48(11):21-32.
 10. Ryan GW, *et al.* Surveillance for Fatal and Nonfatal Firearm – Related Injuries – United States, 1993-1998. Washington: Who [2001 Abr 13]; 50 (S502):1–32.
 11. Mello Jorge MHP, Cotlieb SLD, Laurenti R. A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999. Brasília. Organização Panamericana de Saúde; 2001. 244p
 12. Szwarcwald CL, Castilho EA. Mortalidade por armas de fogo no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. Rev Panam Saúde 1998; 4:161-70.
 13. Margarido AP. A violência em Campinas em 2000. J Folha São Paulo [2001 Set 28]; C3.
 14. Mortalidade em Campinas: Causas externas. Prefeitura do Município de Campinas, SP. Secretaria Municipal de Saúde Laboratório de Aplicação em Epidemiologia Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP. Boletim (14): jun. 1995.
 15. Mortalidade em Campinas: Causas externas. Prefeitura do Município de Campinas, SP. Secretaria Municipal de Saúde Laboratório de Aplicação em Epidemiologia Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP. Boletim (25): jan./jun. 1999.
 16. Prefeitura do Município de Campinas, SP. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade em Campinas. Campinas: Sistemas de Informações de Mortalidade; 2001. Relatórios e Dados de 1990 a 2000.
 17. Mantovani M, Fraga GP. Estudo crítico dos óbitos no trauma: experiência da Unicamp. *In:* Trauma: a doença dos séculos. Rio de Janeiro: Atheneu; 2001.
 18. Beato Filho, CC, *et al.* Conglomerados de homicídios e o tráfico de drogas em Belo Horizonte/MG, Brasil, 1995 a 1999. Cad Saúde Pública 2001; 17:1163-71.
 19. Santos S, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre/RS, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:1141-52.
 20. Simões SEM, Reichnhein ME. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no município de Duque de Caxias/RJ, Brasil. Cad Saúde Pública 2001; 17:521-31.
 21. Friedman DI, Coben JH. Firearm injuries and fatalities. Department of Emergency Medicine Center for Violence and Injury Control. Allegheny General Hospital. Pittsburgh, Pennsylvania; 2000.
 22. Jacobs BB, Jacobs LM. Epidemiology of trauma. 1995. p.15-30.
 23. Public Health Service. Washington. U. S. Government Printing Office; for 1994 –98, Data for All Persons, White, and Black. National Center of Health Statistics. [2001 Fev 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/unpubd/mortabs.htm>
 24. Organização Mundial de Saúde. CID-10. 2.ed. São Paulo: EDUSP; 1995. v.1.
 25. Prefeitura do Município de Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Mortalidade em Campinas. Informe do projeto de monitorização dos óbitos no município de Campinas. Boletim, 2002; (31): maio/dez. 2001.
 26. Baker SP, *et al.* The injury fact book. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1992.
 27. Noronha J. Violência: a epidemia do início de século. Ser Médico 2002; (18):12-13.
 28. BRASIL. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM N°737 de 16/5/01. Diário Oficial da União 2001; 18 maio; (n.96 Seção 1).
- Recebido para publicação em 27 de junho e aceito em 6 de novembro de 2003.