

**DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA MORTALIDADE POR HOMICÍDIOS NA
CIDADE DE SALVADOR, SEGUNDO CONDIÇÕES DE VIDA
1991-1994**

*Spatial distribution of homicides mortality in Salvador city, by life conditions
1991-1994*

Adriana Carneiro Macêdo¹
Jairnilson Silva Paim²
Lígia Maria Vieira da Silva³
Maria Conceição Nascimento Costa⁴

¹ Estudante de Medicina (FAMED-UFBa); Bolsista de Iniciação científica – CNPq. PIBIC. UFBa Processo número 520 997/95-6 (SU)

² Prof. Titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador 1-A do CNPq. Endereço para correspondência: Rua Padre Feijó, 29, 4º andar, CHR Canela. CEP 40110-170, Salvador, Bahia, Brasil. Tel.:(071) 245-0544/245-0151; Fax (071) 237-5856. Correspondências e pedidos de separatas devem ser enviados para jairnil@ufba.br

³ Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutora em Medicina (Universidade Federal de São Paulo) Pesquisadora 2-A do CNPq

⁴ Prof. Adjunto do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFBa

INTRODUÇÃO:

A violência, fenômeno complexo, multifacetário e multicausal por natureza, articula-se intimamente com processos sociais tendo sua fonte numa estrutura social desigual e injusta. Pode-se

identificar uma tipologia que inclui: a violência estrutural, configurada nas desigualdades sociais de acesso ao mercado de trabalho e ao consumo de bens essenciais à vida, uma violência cultural que se expressa entre pares, a exemplo das agressões entre cônjuges e uma violência dos grupos delinquentes, que desencadeiam ações contra cidadãos (crimes contra a pessoa física e o patrimônio), disputas violentas entre os próprios marginais e a repressão do aparato policial (Minayo&Souza, 1993; PARMEX,1998).

Na Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), os atos violentos estão incluídos sob a denominação de “Causas Externas”. Esse grupo compreende os óbitos provocados por fatores externos ao organismo como, por exemplo, acidentes de trânsito, suicídios, homicídios, intervenções legais, operações de guerra e outros.

Em países das Américas, nas décadas de 80 e 90, as mortes violentas apresentaram uma elevação nas taxas gerais e por tipos específicos (OPAS, 1994;1995)passando a ocupar, no Brasil, a segunda posição em relação aos demais grupos de causas de mortalidade, apenas atrás daquelas relacionadas ao aparelho cardiovascular. Comparativamente a outros países da região das Américas (OPS/OMS,1994) o Brasil tem percentual semelhante ao do México, Nicarágua, Panamá e Venezuela (ao redor de 15%), sendo que, somente na Colômbia esses números são mais elevados. Com relação aos Estados Unidos e Canadá, o valor apresentado pelo Brasil corresponde ao dobro do verificado nesses países (Mello-Jorge,1997) Devido a esse crescimento passou a despertar o interesse de pesquisadores na área da Saúde Pública e outros setores sociais (Yunes,J&Rajs,D, 1994; Minayo, M.C.d.S,1990).

No entanto, apesar de o Brasil não se encontrar entre aqueles com maior mortalidade por esse tipo de causa foi um dos que experimentou maior crescimento desse indicador, no período de 1979 a 1990, juntamente com Colômbia e Cuba (Yunes,J&Rajs,D,1994). Destaca-se o papel dos homicídios que chegam a ocupar o primeiro posto, entre as causas externas, na década de 90,com mais de 160% no período de 1977 a 1994 (Mello-Jorge, 1997).

As capitais brasileiras, segundo dados de 1994, revelam que quase todas apresentam valores mais altos que a média brasileira. Os coeficientes mais elevados (acima de 100/100.000 habitantes) pertencem, por exemplo, a Vitória, Rio de Janeiro e Aracaju. Um segundo grupo, com níveis altos, é formado por Salvador , São Paulo e Recife, nos quais as taxas localizam-se entre 80 e 99/100.000 habitantes. O grupo com coeficientes mais baixos (abaixo de 60/100.000 habitantes) é composto por Belém, São Luís e João Pessoa (Mello-Jorge,1997)

Na Bahia, particularmente em Salvador, observa-se também um crescimento da mortalidade proporcional por causas externas a partir da Segunda metade da década de oitenta de modo que, ao final desse período, passaram a representar, tal como no Brasil, a segunda principal causa de mortalidade (CIS-SESAB, 1991;1994). No período de 1977 a 1994, o percentual de homicídios nesta cidade teve aumento de 727%, passando de 4.5, em 1977, para 37.2, em 1994 (Mello-Jorge,1997)

A ocorrência da violência nos espaços urbanos vem sendo associada a alguns fatores existente nesses ambientes como concentração populacional elevada, concentração desigual de riquezas, iniquidade na saúde, impessoalidade das relações, alta competição entre os indivíduos e grupos sociais e, no que concerne aos homicídios, fácil acesso a armas de fogo, violência policial, abuso de álcool, impunidade, tráfico de drogas, estresse social, baixa renda familiar e formação de quadrilhas (Mello-Jorge, 1997; OPAS, 1994)

O aumento das taxas de mortalidade por causas externas apresenta algumas particularidades em relação a sua distribuição por sexo, idade, raça, condições socio-econômicas e regiões geográficas . O grupo mais intensamente atingido pela violência constitui-se de adolescentes e adultos jovens do sexo masculino, pobres e negros (Minayo,1994).

Apesar das estatísticas oficiais serem produzidas para uma população hipoteticamente homogênea, o que se observam são distribuições espaciais diferenciadas de morbi-mortalidade em relação a variáveis sócio-econômicas como renda, educação, consumo de bens, importância de fatores comportamentais como preocupação com desemprego, finanças e atividades de lazer, os quais assumem um papel relevante na determinação de desigualdades em saúde, já observados em estudos de metodologia semelhante como no de Vieira da Silva et.al,1999.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar os diferenciais de mortalidade por homicídio na cidade de Salvador segundo condições de vida.

METODOLOGIA:

Foi realizado um estudo de agregados em Salvador, capital do estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil, analisando a mortalidade por homicídios e as condições de vida da população. A cidade está dividida em 75 zonas de informação (ZI) estabelecidas pela Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador/ CONDER, de acordo com critérios físico-urbanísticos, administrativos, de planejamento e de compatibilização com os setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A unidade de análise do estudo foi a zona de informação (ZI).

As zonas de informação foram estratificadas selecionando-se duas características dos indivíduos identificadas como determinantes das condições de vida: o capital econômico e o capital cultural (Essas categorias de análise foram desenvolvidas por Bourdieu), sendo classificadas nos seguintes estratos: 1) Capital Econômico Baixo (CEB): sem rendimento até rendimento de 2 salários mínimos; 2) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento superior a 2 até 5 salários mínimos; 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários mínimos. (Silva et al., 1999).

Cada zona de informação foi classificada em um dos três estratos dependendo da maior proporção de famílias com CEB, CEM, CEA. Quando havia proporções equivalentes ou com diferença inferior a 10% em relação a dois estratos, foi feita uma distribuição sistemática de metade das Zis em um estrato e metade em outro.

Foi calculada também a proporção de famílias segundo grau de instrução do chefe para cada zona de informação, sendo classificadas nos seguintes estratos: 1) Capital Cultural Baixo (CCB): sem instrução ou até 7 anos de estudo (fundamental incompleto); 2) Capital Cultural Médio (CCM): 8 a 14 anos de estudo (fundamental e médio completos); 3) Capital Cultural Alto (CCA): 15 anos de estudo e mais (superior completo, mestrado ou doutorado).

A divisão das zonas de informação considerando as duas variáveis (renda e grau de instrução - que medem indiretamente o capital econômico e cultural) resultou em outros quatro grupos: CEA/CCA; CEA/CCM; CCM/CEB; CCB/CEB. No entanto, houve a necessidade de estratificação do estrato CCB/CEB por ter havido grande concentração de Zis nessas condições. Empregou-se a variável "proporção de casas em aglomerados subnormais" (PCASN) nos estratos mais baixos, com finalidade de discriminar áreas onde havia uma concentração de famílias com condições de vida mais precárias, dentro de uma mesma faixa de renda e de um mesmo nível educacional. As zonas de informação originalmente classificadas como CCB/CEB, foram, assim, reagrupadas em três estratos adicionais: a) PCASN entre 0,0 e 2,0%; b) PCASN entre 2,3 e 8,8% e c) PCASN entre 10,1 e 89,6%. Resultaram, dessa classificação, 6 estratos: 1) CEA/CCA; 2) CEA/CCM; 3) CCM/CEB; CCB/CEB com PCASN entre 0,0 e 2,0%; 5) CCB/CEB com PCASN entre 2,3 e 8,8%; 6) CCB/CEB com PCASN entre 10,1 e 89,6%.

Com relação à coleta de dados referentes aos óbitos, foram fotocopiadas todas as Declarações de Óbitos - D.O. de residentes no município de Salvador, ocorridos no ano de 1991, que se encontravam arquivadas no Centro de Informações de Saúde/ CIS da Secretaria do Estado da Bahia/SESAB. A partir do registro do bairro de residência referido no endereço habitual, as declarações foram classificadas e codificadas segundo as respectivas Zonas de Informação. Quando um mesmo bairro abrangia duas diferentes zonas na divisão da CONDER, essas eram agrupadas para constituir uma só zona, o que ocorreu com as Zis 4 e 5, 11 e 12, 39 e 40 e 50 e 51. As Zis 15 e 25 também foram consideradas conjuntamente devido a mudanças de setores censitários do IBGE e as respectivas adaptações realizadas pela CONDER para o censo de 1991. Foram excluídas as Zonas de Informação de número 3, 23, 35, 45, 46, 56, 72, 74 e 76 por possuírem populações inferiores a 5000 habitantes para evitar distorções das taxas.

Devido ao grande número de óbitos por causas externas classificados pelo CIS/SESAB como "outros acidentes" foram colhidas informações complementares junto ao Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR) a partir da guia policial e do laudo técnico, para esclarecer os tipos específicos de mortes violentas. Assim, partindo dos registros correspondentes no IML, as causas básicas de óbito foram recodificadas e organizadas em 2 bancos de dados informatizados no laboratório de informática do ISC/UFBA. No primeiro estão as informações transcritas das declarações de óbitos (D.O) ocorridas em 1991 e 1994. No segundo, encontram-se as informações complementares, vinculadas ao original por intermédio do número de registro recebido pelas D.O na

SESAB. Utilizou-se o Epi-Info e Epi- Map para processamento e análise dos dados.

O censo de 1991 e as estimativas para 1994, desenvolvidos pelo IBGE, foram utilizados como fonte dos dados populacionais.

RESULTADOS:

O estrato 1 manteve-se com as menores taxas em relação aos demais estratos apresentando-se, em 1991, com 10,4 e, em 1994, com 6,8. O estrato 5 apresentou as maiores taxas nos dois anos estudados, variando de 31,5 para 37,9 (tabela 1).

O risco de morte por homicídio nos estratos apresentou um aumento geral naqueles com condições de vida mais baixas nos períodos analisados, sendo o maior risco observado entre os estratos 6 e 1, passando de 2,9 para 4,8. O estrato 6 apresenta-se, em relação ao estratos 5, em 1991 com risco de 0,9 e 1994, com 0,8. No estrato 1 há uma menor probabilidade de morrer por homicídio em relação aos demais estratos em ambos os anos estudados sendo mais evidente em relação aos estratos 4, 5 e 6, principalmente aos dois primeiros (tabela 2).

A mortalidade por homicídios na cidade de Salvador apresentou um aumento percentual de 6,3% nas taxas totais entre 1991 e 1994 passando de 26,8 para 28,5/100.000 habitantes nesse período (tabela 1). Essa variação observada não ocorreu de maneira uniforme entre os estratos de condições de vida, havendo elevação das taxas nos estratos de condições mais precários e queda naqueles melhor situados no espaço social com um decréscimo máximo de 34,6 e o mínimo de 22,9% (tabela 1 e gráfico 1). O estrato 4 foi o que apresentou um maior diferencial nas taxas de 1991 para 1994 com aumento de 10,9 (tabela 1).

A tabela 1 apresenta também o percentual de homicídios em relação ao total de mortes por causas externas nos anos estudados. No ano de 1991, os estratos de 1 a 4 apresentaram uma ordem crescente de percentual que variou de 21,2% , no estrato 1, até 39,1% , no estrato 4, havendo variação no padrão de crescimento nos estratos 5 e 6 com percentuais de 26,9% e 37% respectivamente. No ano de 1994, já não se observa um padrão de crescimento entre os estratos, com variação de 20,7% , no estrato 2, até 50,1% , no estrato 4. Durante os anos de 1991 e 1994, os maiores diferenciais ocorreram no estrato 5, com aumento de 17,8 (variou de 26,9 para 44,7%), e no estrato 2, com queda de 5,8 (variou de 26,5 para 20,7%).

DISCUSSÃO:

A mortalidade por homicídios na cidade de Salvador distribuiu-se de forma desigual entre os estratos de condições de vida em ambos os anos estudados não apresentando caracter linear, sendo que as áreas com indicadores mais elevados (alguns superiores à média da cidade) corresponderam, na maioria das vezes, a bairros com precárias condições de vida. A concentração de indivíduos residentes em favelas mostrou-se bastante relevante sugerindo uma piora adicional das condições de saúde. Os estratos de melhores condições de vida apresentaram diminuição, não uniforme, das taxas de 1991 para 1994, enquanto nos de pior condição ocorreu um aumento, não necessariamente por serem os locais mais perigosos, visto que o estudo considerou o lugar onde as vítimas moravam, e não o local de ocorrência, refletindo o risco de morte por homicídio.

O risco de morte por esse tipo de causa também não ocorreu de maneira homogênea com evidentes desigualdades entre os estratos, penalizando áreas mais pobres (Paim&Costa,1996; CEDEC,1997). Nos anos estudados, a diferença deste risco entre os estratos 6 e 1 foi de quase o dobro, demonstrando a influência das condições de vida que tem se agravado de 1991 para 1994. O mesmo pode ser observado para outros indicadores de saúde desenvolvidos por estudo de metodologia semelhante (Vieira da Silva et al.,1999), levando-se em conta um indicador negativo, a mortalidade, para o nível de saúde.

As diferenças de classes mostram-se bastante significativas quando, ao invés de analisar apenas dados globais, se desagregam por regiões ou bairros de uma cidade pois a estratificação do espaço e da população em grupos sociais não apenas determina as condições materiais de existência, como qualidade de moradia, alimentação, salário, estando também relacionada a maior exposição às agressões, acesso diferenciado a serviços de saúde de qualidade, culminando em maior risco de morte por causas externas (Silva et al.,1999; Gianini, R.J et al.,1999). Apesar de apresentar taxas

gerais inferiores as de outras capitais brasileiras como São Paulo e Recife (Lima,M;1991), Salvador apresenta áreas com indicadores muito elevados, quando na distribuição da mortalidade por causas externas (Freitas, E.D. et al,1999), tanto em comparação a outras capitais do Brasil quanto em relação a outros países (OPS/OMS, 1994).

A estratificação seguida nesse estudo, apesar de ter sido feita pela aglomeração de zonas semelhantes, sofreu algumas distorções devido a particularidades do espaço urbano de Salvador. A existência de favelas em bairros de classe média-alta, como, por exemplo, Horto Florestal e Barra, dificultou a divisão por não haver bairros genuinamente de ricos ou de pobres. No entanto, com o agrupamento das Zis, foi possível a localização das microáreas de maior risco para homicídio na cidade de Salvador e, seus achados, reforçaram a associação entre situação de saúde e desigualdade econômico-cultural.

Fato importante na análise dos dados seria a influência gerada pela baixa notificação e má qualificação das informações que poderiam estar influenciando na totalidade das mortes por homicídio (Njaine,K.et al.,1997), minimizando ou camuflando a real situação de alguns estratos. Essa situação poderia explicar o fato de o estrato 5 ter apresentado as maiores taxas entre os anos estudados ficando acima do estrato 6 de condições de vida mais precárias (tabela 1). Além disso, por tratar-se de populações pequenas e período reduzido de análise, os valores devem ser acompanhados com cautela.

O crescimento da violência e, principalmente, das mortes por homicídio (expressão particular da violência interpessoal) parece refletir o aprofundamento ou intensificação da violência estrutural. Os determinantes desse tipo de comportamento, nas últimas décadas, são o crescimento da desigualdade sócio-econômica; os baixos salários e renda familiar que leva à perda do poder aquisitivo; ausência de políticas públicas integradas e condizentes com as necessidades da população em relação à saúde, educação, moradia e segurança; priorização do desenvolvimento econômico em detrimento do social com sacrifício para população e maior ônus para os pobres; intenso apelo ao consumo, conflitando com o empobrecimento do país. Na conjuntura social das regiões metropolitanas, na década de oitenta, são relevantes a consolidação do crime organizado em torno do tráfico de drogas; aumento da população que vive e trabalha nas ruas compelida pelo aumento da pobreza absoluta nessas regiões e consolidação dos grupos de extermínio (Minayo&Souza, 1993).

Os determinantes da violência e do seu crescimento, por envolverem fatores sócio-econômicos (pobreza, fome, desemprego, ausência de renda, desigualdades gerando frustrações frequentes, ostentação de riqueza), institucionais (omissão do estado na prevenção e repressão da violência), de prevenção (escolas, moradia, saúde pública, transportes públicos ineficientes) e de repressão (polícia, justiça e sistema penitenciário) (Chenais,J.C,1999), exigem uma resposta social organizada com um plano de ação bem estruturado e mudanças sócio-econômicas, como vem sendo recomendado por pesquisadores e organismos nacionais e internacionais (Minayo&Souza,1993; OPS,1996;Minayo,1994; CEDEC, 1997; Laurenti & Mello-Jorge,1997;Paim& Costa,1996).

As pessoas pobres constituem a malha frágil dessa rede de violência, pois na ânsia de viverem numa sociedade que muito pouco têm a lhes oferecer, buscam na alternativa do crime o prazer imediato e efêmero (na forma de roubos para a aquisição de bens e porte de armas para ostentar poder). Mesmo tendo, muitas vezes, a consciência do risco, falta-lhes um modelo legítimo adotando o bandido como herói. A exclusão social que gera a escolha da ilegalidade produz primeiramente a morte política para depois eliminar fisicamente o que se teme e que se quer banir às custas do extermínio, em sentido amplo (Minayo&Souza, 1993)

Alguns projetos tem discutido a possibilidade de prevenção, que diz respeito aos fatores desencadeantes dos agravos, e de promoção da saúde, correspondendo à capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, procurando soluções para a questão da violência, principalmente por que o tipo mais frequente de morte violenta, homicídios, constitui-se em causa evitável (Minayo,M.C.S&Souza,E.R., 1999).

Enfim, a violência constitui uma ameaça à paz, que se manifesta nos vários níveis da sociedade, influi negativamente na qualidade de vida, traz consequências à saúde e acarreta enormes custos para todos e, por isso, não deve ser negligenciada.

A taxa de homicídios, grupo de maior expressão entre as causas externas, mostrou-se bastante correlacionada aos níveis de renda, demonstrando que a questão da violência urbana não pode ser dissociada da aguda disparidade presente em nossa sociedade que tende a torná-la menos

coesa, menos confiável, mais injusta e hostil (Szwarcwald, C.L&col,1999).

Tabela 1. Taxas de mortalidade por homicídio, percentual em relação ao total de mortes por causas externas e variação percentual segundo estratos de condições de vida.

ESTRATO	TAXAS DE MORTALIDADE POR ___HOMICÍDIO		s% 1994/1991	HOMICÍDIO/ CAUSAS EXTERNAS		s% 1994/1991
	1991	1994		1991	1994	
1.CEA/CCA	10,4	6,8	34,6	21,2	24,1	13,7
2.CEA/CCM	19,4	12,7	34,5	26,5	20,7	21,9
3.CCM/CEB	18,5	14,3	22,9	30,7	29,2	4,9
4.CCB/CEBa	24,1	35,0	45,2	39,1	50,1	28,1
5.CCB/CEBb	31,5	38,0	20,5	26,9	44,7	66,1
6.CCB/CEBc	30,5	32,8	7,6	37,0	42,7	15,4
TOTAL	26,8	28,5	6,3			

SCEA= capital econômico alto; CEB= capital econômico baixo; CCA= capital cultural alto;
CCM= capital cultural médio; CCB= capital cultural baixo

Tabela 2. Risco relativo de mortes por homicídio segundo estratos condições de vida. Salvador, 1991 e 1994.

RISCO RELATIVO	1991	1994
RR6/1	2,9	4,8
RR6/2	1,5	2,6
RR6/3	1,6	2,3
RR6/4	1,2	0,9
RR6/5	0,9	0,8

S 1= CEA/CCA; 2= CEA/CCM; 3=CCM/CEB; 4= CCB/CEBa; 5= CCB/CEBb; 6= CCB/CEBc

de

Gráfico 1. Taxas de mortalidade por homicídio segundo estratos de condições vida. Salvador, 1991 e 1994

de

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE,C.M.C Mortalidade por Violências : aplicação de técnicas de análise exploratória em área metropolitana da região Sudeste do Brasil,1979-1987 ; Rev. Saúde Pub., 28 (3):178-86,1994.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Departamento de Vigilância à Saúde, Plano de Ação para a Redução da Morbi-Mortalidade por Causas Externas na Bahia (PARMEX) Versão 3 : Projeto contendo o ordenamento, sistematização e detalhamento das proposições de Plano Estadual de Saúde 1996- 1999 referentes às intervenções sobre morbimortalidade por causas externas, Salvador :DEVISA,1998 (Mímio).

BAHIA. Anuário Estatístico : Informações de Saúde, 1976- 90. Salvador, Secretaria da Saúde. Centro de Informações de Saúde, 1991.

BAHIA. Anuário Estatístico – dados por município. Salvador, Secretaria da Saúde. Centro de Informações de Saúde, 1994.

CEDEC.1997 Mapa de Risco da Violência: cidade de Salvador/ CEDEC- São Paulo: CEDEC, 12p.

CHENAIS, Jean Claude. A violência no Brasil. Causas e recomendações políticas para sua prevenção . Ciência & Saúde Coletiva, 4(1): 53-69, 1999.

CHOR,D. Diferencial de Mortalidade em Homens e Mulheres em localidade da Região Sudeste, Brasil – 1960, 1970 e 1980.Rev. Saúde Pub., São Paulo, 26(4): 246-55,1992.

FREITAS, E.D; PAIM, J.S.;SILVA,L.M.V;COSTA,M.C.N Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador. Cad. de Saúde Pública, 1999 (no prelo).

GIANINI, Reinaldo J.; LITVOC, Júlio; NETO, José Eluf. Agressão física e classe social. Rev. de Saúde Pública, 33(2) 180-6, 1999.

IUNES,R.F. Impacto Econômico das Causas Externas no Brasil : um esforço de mensuração. Rev. Saúde Pub.,31(4 suplemento):38-46, 1997.

LAURENTI,R; MELLO JORGE,M.H.P.1997.Acidentes e Violência no Brasil – Apresentação. Rev. Saúde Pub.,31(4 suplemento)1-4.

LIMA,M.L de. Violência e Morte : Diferenciais da Mortalidade por Causas Externas no espaço urbano do Recife, 1991.(Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia para obtenção do grau de mestre em Saúde Comunitária). Salvador, Bahia, Brasil, Julho 1995,182p.

LYRA,S.M.K. Mortalidade de adolescentes na área urbana da região Sudeste do Brasil,1984-1993. Rev. de Saúde Pub.,30(6),1996.

MELLO-JORGE,M.H.P. Análise dos dados de mortalidade. Rev. de Saúde Pública, 31(4 suplemento) : 5-25, 1997.

MINAYO, M.C..S Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde. Rio de Janeiro ; ENSP, 1990.

MINAYO,M.C.S, 1994 A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. Cad. Saúde Pub.,RJ,10(1):07-18.

MINAYO,M.C.S & SOUZA,E.R de. ,1993 Violência para Todos Cad. Saúde Pub.:9(1):65-78, jan.- mar

MINAYO, M.C.S & SOUZA, E.R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 4(1):7-32, 1999.

NJAINE, Kathie; SOUZA, Edinilsa Ramos de, et al. A produção da (des)informação sobre violência : análise de uma prática discriminatória. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3) :405-414, jul.–set., 1997.

OPAS. Mortalidade por acidentes y violencia en las Americas. Bol. Epidemiológico OPAS., Washington, v.15, n.2, p. 1-8, jul. 1994.

OPS.1996. Sociedad, Violencia y Salud. Washington : OPS, 86p.

OPS/OMS. Las condiciones de Salud en las Américas. Publicacion Científica, 524, 1994, pp.68.

PAIM, J.S. & COSTA, M.C.N. 1996. Mortes Violentas em crianças e adolescentes de Salvador. Bahia Análise e dados, Salvador, set.,6(1):59-67,jun.

REICHENHEIM,M.E & WERNECK, G.L. Anos Potenciais de Vida Perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As Mortes Violentas em questão. Cad. De Saúde Pub., Rio de Janeiro, 10(supl.1);188-198, 1994.

SILVA ,L.M.V; PAIM, J.S: COSTA, M.C.N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais em uma Capital do Nordeste. Cad. Saúde Pública, 33(2): 187-97,1999.

SOUZA, E.R. Homicídios no Brasil : O grande vilão da Saúde Pública na década de 80. Cad. Saúde Pub., Rio de Janeiro,10(supl.1):45-60, 1994

SZWARCWALD, Célia Landmann e col. Desigualdade de renda e situação de saúde : o caso do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(1): 15-28, jan.-mar.,1999.

YUNES,J. & RAJS,D. Tendencia de la Mortalidad por causas violentas en la Populación General y entre los Adolescentes y Jóvenes de la Region de las Américas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10(supl.1) :88-125,1994.

ANEXO 1. População total, número e taxa de mortalidade por homicídios segundo estrato de condições de vida e Zona de Informação. Salvador, 1991-1994

ESTRATOS	ZI	POPULAÇÃO		NÚMERO DE		HOMICÍDIOS		T.M. POR	
		1991	1994	1991	1994	1991	1994	1991	1994
1.CEA/CCA	1	24.4	26.1	2	2	8.1	7.6		
-	2	14.1	15.1	=	3	=	19.8		
-	9	7.9	8.4	1	1	12.6	11.7		
-	10	13.1	14.0	2	1	15.2	7.1		
-	14	6.0	6.4	=	=	=	=		
-	21	30.1	32.1	5	=	16.6	=		
<u>TOTAL</u>		<u>95.7</u>	<u>102.3</u>	<u>10</u>	<u>7</u>	<u>10.4</u>	<u>6.8</u>		
2.CEA/CCM	4	8.8	9.4	4	6	45.0	63.2		

-	5	12.8	13.7	2	-	15.5	-
-	8	33.9	36.2	5	1	14.7	2.7
-	13	13.5	14.5	1	1	7.3	6.8
-	15/25	32.6	34.8	15	7	45.9	20.0
-	17	13.5	14.4	2	2	14.7	13.8
-	19	26.3	28.2	2	1	7.5	3.5
-	20	33.8	36.2	9	4	26.5	11.0
-	22	23.1	24.7	1	2	4.3	8.0
-	26	13.2	14.2	1	5	7.5	35.2
-	29	24.8	26.6	6	6	24.1	22.5
-	36	20.5	21.9	2	-	9.7	-
-	<u>TOTAL</u>	<u>257.5</u>	<u>275.3</u>	<u>50</u>	<u>35</u>	<u>19.4</u>	<u>12.7</u>
<hr/>							
3.CCM/CEB	16	14.1	15.1	3	1	21.1	6.6
-	18	32.6	34.9	11	2	33.6	5.7
-	28	20.5	21.9	2	1	9.7	4.5
-	32	17.5	18.7	2	4	11.3	21.3
-	34	38.9	41.6	9	6	23.1	14.4
-	38	16.8	18.0	2	2	11.8	11.1
-	47	28.3	30.3	5	9	17.6	29.6
-	54	46.6	49.8	6	8	12.8	16.0
-	<u>TOTAL</u>	<u>215.7</u>	<u>230.6</u>	<u>40</u>	<u>33</u>	<u>18.5</u>	<u>14.3</u>
<hr/>							
4.CCB/CEBa	6	30.9	33.0	1	3	3.2	9.0
-	24	14.4	15.4	4	-	27.6	-
-	27	35.5	38.0	13	27	36.5	71
-	33	29.0	31.0	2	6	6.8	19.3
-	68	10.1	10.8	9	9	88.9	83.2
-	<u>TOTAL</u>	<u>120.1</u>	<u>128.4</u>	<u>29</u>	<u>45</u>	<u>24.1</u>	<u>35.0</u>
<hr/>							
5.CCB/CEBb	7	44.0	47.0	23	14	52.2	29.7
-	11	17.5	18.7	6	13	34.2	69.3
-	12	51.6	55.2	7	-	13.5	-
-	39	38.8	41.5	11	45	28.3	108.3
-	40	42.0	44.9	12	-	28.5	-
-	42	40.6	43.4	12	35	29.4	80.4
-	50	38.4	41.1	19	27	49.3	65.6
-	51	47.3	50.6	17	-	35.9	-
-	57	43.9	46.9	16	21	36.4	44.7
-	58	25.0	26.8	3	4	11.9	14.9
-	60	19.9	21.3	15	17	75.1	79.6
-	63	22.8	24.4	4	6	17.5	24.5
-	71	62.5	66.8	11	19	17.5	28.4
-	<u>TOTAL</u>	<u>494.9</u>	<u>529.2</u>	<u>156</u>	<u>201</u>	<u>31.5</u>	<u>37.9</u>
<hr/>							
6.CCB/CEBc	30	44.3	47.4	23	27	51.8	56.9
-	31	42.3	45.3	9	10	21.2	22.0
-	37	15.6	16.7	-	1	-	5.97
-	41	31.7	33.9	4	18	12.5	52.9
-	43	17.8	19.0	8	1	44.8	5.24
-	44	75.7	80.9	41	43	54.1	53.1
-	48	52.7	56.6	20	14	37.8	24.7
-	49	50.7	54.2	11	18	21.6	33.1
-	52	32.0	34.3	11	10	34.2	29.1
-	53	42.3	45.3	9	11	21.2	24.2
-	55	61.7	65.9	30	18	48.6	27.2
-	59	42.9	45.8	20	16	46.5	34.8
-	61	44.3	47.3	13	10	29.3	21.1
-	62	58.2	62.2	16	24	27.4	38.5
-	64	9.2	9.9	1	1	10.7	10.0
-	65	24.9	26.6	5	7	20.0	26.2
-	66	49.9	53.4	18	29	36.0	54.3
-	67	8.0	8.6	3	5	37.0	57.7
-	69	99.9	106.8	17	21	17	19.6
-	70	19.3	20.6	-	2	-	9.6
-	73	43.5	46.5	6	19	13.7	40.8
-	<u>TOTAL</u>	<u>868.0</u>	<u>928.3</u>	<u>265</u>	<u>305</u>	<u>30.5</u>	<u>32.8</u>

