

## Diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor na cidade do Recife

The mortality differentials by violence against adolescents according to living conditions strata and race/color in the city of Recife

Inês Eugênia Ribeiro da Costa <sup>1</sup>  
 Ana Bernarda Ludermir <sup>2</sup>  
 Isabel Avelar Silva <sup>3</sup>

**Abstract** *An ecological study was conducted in order to analyze the differences in mortality by violence against adolescents according to living conditions strata and race/color in Recife in the period from 1998 to 2004. The average mortality coefficient for violence during this period was calculated for the city and by living conditions strata. The data related to the violence were obtained from the System of Information on Mortality. For the race/color, proportions have been calculated and within the period of 1999 to 2004. The mortality rate for violent deaths against adolescents for the city was of 88.24 per 100 thousand adolescents, being 46.93 in stratum I, of "better living condition", and 95.00 in stratum III, of "worse condition of life". Amongst the violent deaths, 92.45% reached black adolescents and 7.55% white ones. The results show up inequalities in mortality by violence disclosing a tragic panorama in the trajectory of life of the adolescents.*

**Key words** *Violence, Adolescent, Living condition, Race/color*

**Resumo** *Um estudo ecológico foi conduzido com o objetivo de analisar os diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor, no Recife, no período de 1998 a 2004. O coeficiente médio de mortalidade por violência para o período foi calculado para o município e para os estratos de condição de vida. Os dados relativos à violência foram obtidos do Sistema de Informação sobre Mortalidade. Para a raça/cor, foram calculadas proporções e considerado o período de 1999 a 2004. A taxa de mortalidade por mortes violentas contra adolescentes para o município foi de 88,24 por 100 mil adolescentes, sendo 46,93 no estrato I, de "melhor condição de vida", e 95,00 no estrato III, de "pior condição de vida". Dentre as mortes violentas, 92,45% acometeram adolescentes pretos e 7,55%, adolescentes brancos. Os resultados demonstram desigualdades na mortalidade por violência revelando um trágico panorama na trajetória de vida dos adolescentes.*

**Palavras-chave** *Violência, Adolescente, Condição de vida, Raça/cor*

<sup>1</sup>Secretaria de Saúde de Pernambuco. Praça Oswaldo Cruz s/nº, Boa Vista. 50050-210 Recife PE. iecosta@uol.com.br

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

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

## Introdução

A violência contra adolescentes acompanha a trajetória da humanidade e os jovens do sexo masculino são suas principais vítimas pela sua exposição e vulnerabilidade<sup>1</sup>.

Os estudos sobre a violência impetrada contra os adolescentes apontam dois aspectos: os óbitos, mais visíveis e que revelam a violência levada ao seu extremo grau, incluído aí os homicídios, suicídios e os acidentes, e um segundo que diz respeito às várias formas de violência que poderiam levar à morte, mas que comumente não ocorrem<sup>2</sup>.

A violência é representada por ações praticadas pelo indivíduo ou por grupos de indivíduos e provoca danos físicos, morais e espirituais a outros indivíduos<sup>3,4</sup>. É um fenômeno biopsicossocial e seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade<sup>5,6</sup>. Qualquer reflexão sobre a violência deve se fundamentar na sua complexidade, polissemia e na controvérsia do objeto. A violência associa-se à forma como a sociedade se organiza, distribui seus bens e serviços e elabora seus direitos e normas. Suas raízes encontram-se nas estruturas políticas, culturais, sociais e econômicas e a quantificação das mortes tem possibilitado registrar a heterogeneidade da duração da vida<sup>7</sup>.

Segundo Reichenheim e Werneck<sup>8</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.

Nas nações onde o desenvolvimento da cidadania e a conscientização da não violação dos direitos se efetuaram com maior rapidez, observou-se uma diminuição nas taxas de alguns tipos de violência. No Brasil, no entanto, as mortes violentas contra adolescentes vêm crescendo<sup>9,10</sup>, principalmente no Nordeste, onde as violências da vida cotidiana dos adolescentes se intensificaram devido ao aumento da exclusão e desigualdade social<sup>11</sup>.

De 1990 a 2000, morreram no Brasil 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências, sendo que 33.512 ocorreram na faixa etária de 10 a 14 anos e 119.203 em adolescentes de 15 a 19 anos<sup>1,12</sup>. A mortalidade por causas externas no Brasil segue a tendência mundial e concentra-se nas regiões metropolitanas<sup>5,13, 14</sup>.

Guimarães *et al.*<sup>15</sup>, ao analisar a mortalidade por causas externas nos anos de 1980 e 1991 no Recife, observaram o crescimento dos homicídios na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, correspondendo no ano de 1980 a uma taxa de 9,8/100.000 habitantes e, em 1991, a de 39,5/100.000 habitantes.

Para alguns autores, as violências da vida cotidiana dos adolescentes se intensificaram devido ao aumento da exclusão e da desigualdade social<sup>11,16,17</sup> e o uso da categoria “condição de vida” tem sido recomendado para apreensão de diferenciais de situação de saúde<sup>18,19</sup>. No Brasil, alguns autores têm seguido esta abordagem no estudo de diferenciais intra-urbanos do risco de morte em adolescentes<sup>16,17</sup>. Dessa forma, entende-se que os problemas de saúde não se distribuem por acaso, não tendo, portanto, frequência e gravidades similares em todos os grupos humanos.

O presente estudo teve como objetivo analisar os diferenciais da mortalidade por violência contra adolescentes segundo estrato de condição de vida e raça/cor, no Recife, no período de 1998 a 2004.

## 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 habitantes/km<sup>2</sup> (64,78 habitantes/há), com grandes variações entre seus bairros<sup>20</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>21</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>21,22</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 com base em todos os óbitos por violência ocorridos em adolescentes residentes no Recife no período de 1998 a 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 de 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.

### Definição das variáveis

Foi utilizado o Indicador Composto de Condição de Vida construído por Silva em 2003<sup>23</sup> para evidenciar situações de risco coletivo para adoecimento e morte da população do Recife. Com base no banco de dados do censo demográfico de 2000 e nos estudos realizados por Guimarães<sup>15,17</sup>, a autora<sup>23</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), que foram selecionados através de análise de componentes principais. Os bairros, a partir do IC-CV, foram agrupados pela análise de cluster, em três estratos homogêneos de condição de vida:

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

Raça/cor foi classificada em: preta e branca. Como preta, foi considerado o somatório das categorias “preta” e “parda”.

### Plano de descrição e análise

As tabulações executadas foram importadas para planilhas eletrônicas, nas quais 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 para os estratos de condição de vida utilizando-se o programa Excel. Para a raça/cor, foram calculadas proporções, por não se dispor da população de adolescentes segundo esta variável, e foi considerado o período de 1999 a 2004, pois o ano de 1998 apresentou 251 declarações de óbito com o campo raça/cor ignorado. 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 comparação 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 sobremortalidade (excesso de óbitos) e o cálculo da razão de taxas. Como as informações utilizadas para a construção do IC-CV e o número de óbitos eram censitários, não foram realizados testes de significância estatística, cujo emprego pressupõe o uso de dados amostrais<sup>24</sup>.

### Resultados

No período do estudo (1998 a 2004), o Recife apresentou um total de 1.719 óbitos por mortes violentas contra adolescentes. A taxa de mortalidade por mortes violentas contra adolescentes para o município foi de 88,24 por 100 mil adolescentes. Observou-se um crescimento das taxas de mortalidade por violência à medida que piorou a condição de vida nos estratos, sendo 46,93 no estrato I, de “melhor condição de vida”, e 95,00 no estrato III, de “pior condição de vida”.

A maior taxa de mortalidade (por 100 mil adolescentes) por violência observada no Recife segundo causa específica foi decorrente dos homicídios (78,28), seguida dos acidentes de transporte (8,36) e dos suicídios (1,59), fato este que se reproduziu também nos estratos. Quando se analisou a composição dos óbitos por acidente de transporte, verificou-se que os atropelamentos apresentaram maior taxa para o município (4,41) e para os estratos do que os outros acidentes de transporte.

Os valores das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes) por homicídio guardaram uma relação inversa com os estratos de condição de vida: quanto pior a condição de vida, maior o risco de morte, o que não foi observado para os suicídios e acidentes de transporte (Tabela 1).

Em Recife, do total de 1.719 óbitos por violência, 1.417 foram ocasionadas por homicídio provocado por arma de fogo (72,68 por 100 mil). Em todos os estratos de condição de vida, verificou-se um maior uso da arma de fogo para consecução dos homicídios (Tabela 2).

A tendência das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes) por violência pode ser melhor observada pela razão entre as taxas de mortalidade do município (Tabela 3).

Nos estratos II e III e no município, as razões de taxas de mortalidade por violência foram, respecti-

vamente, 97%, 102% e 88% superiores ao estrato de referência. O risco de morte por homicídio foi 2,30 vezes maior no estrato III do que no estrato I; já no estrato II e no município do Recife foram, respectivamente, 2,16 e 2,09 vezes superiores à do estrato I. Para os acidentes de transporte, o risco de morte tanto para atropelamento como para os outros acidentes de transporte foi maior no estrato II (46% e 59%). O gradiente da mortalidade por suicídio apresentou-se em sentido inverso ao observado para os homicídios e as taxas de mortalidade diminuíram com a piora das condições de vida.

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

Estrato de condição de vida	Acidentes de transporte											
	Homicídio		Suicídio		Atropelamentos				Outros A.T.		Total	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa		
I (Melhor)	99	37,47	8	3,03	9	3,41	8	3,03	124	46,93		
II (Intermediária)	570	80,97	12	1,70	35	4,97	34	4,83	651	92,48		
III (Pior)	845	86,22	11	1,12	42	4,29	33	3,37	931	95,00		
Recife (*)	1525	<b>78,28</b>	31	<b>1,59</b>	86	<b>4,41</b>	77	<b>3,95</b>	<b>1719</b>	<b>88,24</b>		

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

**Tabela 2.** Número de óbitos e taxa de mortalidade (por 100 mil adolescentes de 10 a 19 anos de idade) por homicídio segundo arma de fogo, arma branca e estrato de condição de vida. Recife, 1998/2004.

Estrato de condição de vida	Homicídio					
	Arma branca		Arma de fogo		Total	
	n	Taxa	n	Taxa	n	Taxa
I (Melhor)	3	1,14	91	34,44	94	35,58
II (Intermediária)	18	2,56	534	75,86	552	78,42
III (Pior)	27	2,76	784	80,00	811	82,75
Recife (*)	49	2,52	1417	72,68	1466	75,20

(\*) Inclusive os óbitos com bairros de residência ignorados (09 óbitos, sendo 08 por arma de fogo e 01 por arma branca). Excluindo-se 2 óbitos por outras armas.

**Tabela 3.** Razão das taxas de mortalidade (por 100 mil adolescentes de 10 a 19 anos de idade) por homicídio, suicídio e acidente de transporte entre os estratos de condição de vida. Recife, 1998/2004.

Estrato de condição de vida	Razão de mortalidade				
	Homicídio	Suicídio	Acidente de transporte		Total
			Atropelamentos	Outros A.T.	
II/I	2,16	0,56	1,46	1,59	1,97
III/I	2,30	0,37	1,26	1,11	2,02
Recife/I	2,09	0,52	1,29	1,30	1,88

A comparação dos óbitos por homicídio, suicídio e acidente de transporte observados e esperados, ou seja, o excesso de óbitos relacionado à heterogeneidade espacial do município, descritas na Tabela 4, demonstrou que quando a taxa de mortalidade por homicídio do estrato I (estrato de referência) foi aplicada à população de adolescentes do município, o número de óbitos por essa causa foi 52,13% maior que o observado, o que representou 795 óbitos a mais; o mesmo pôde ser observado para os acidentes de transporte, onde se encontrou uma sobremortalidade de 38 óbitos.

Quanto aos estratos, o percentual de óbitos por homicídios em excesso foi superior ao de óbitos

por atropelamentos e outros acidentes de transporte, revelando uma relação direta mais intensa daqueles óbitos com o indicador de condição de vida.

Do total de óbitos por mortes violentas ocorridos no período de 1999 a 2004, 92,45% acometeram adolescentes pretos e 7,55%, adolescentes brancos. Quando se analisaram as razões entre a proporção de mortes entre adolescentes pretos e brancos, verificou-se que elas aumentavam com a piora das condições de vida. Para o estrato I (melhor condição de vida), a morte por violência em adolescentes pretos foi 8,19 vezes maior que nos adolescentes brancos, para o estrato II foi 11,40, para o estrato III foi 13,84 e para o município foi 12,24 (Tabela 5).

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

	Morte por violência	Estrato de condição de vida			Recife**	
		I *	II	III		
<b>Homicídio</b>	Óbitos observados	99	570	845	1525	
	Óbitos esperados	99	264	367	730	
	Excesso absoluto de óbitos	-	306	478	<b>795</b>	
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	<b>53,73</b>	<b>56,54</b>	<b>52,13</b>	
<b>Suicídio</b>	Óbitos observados	8	12	11	31	
	Óbitos esperados	8	21	30	59	
	Excesso absoluto de óbitos	-	- 9	- 19	- 28	
	Excesso relativo de óbitos (%)	-	- 77,74	- 169,95	- 90,42	
<b>Acidentes de transporte</b>	Atropelamentos	Óbitos observados	9	35	42	86
		Óbitos esperados	9	24	33	66
		Excesso absoluto de óbitos	-	11	9	<b>20</b>
	Outros A. T.	Excesso relativo de óbitos (%)	-	31,43	21,43	76,74
		Óbitos observados	8	34	33	77
		Óbitos esperados	8	21	30	59
	Excesso absoluto de óbitos (%)	-	13	3	<b>18</b>	

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

**Tabela 5.** Proporção de óbitos por mortes violentas em adolescentes de 10 a 19 anos de idade segundo raça/cor e estrato de condição de vida. Recife, 1999/2004.

Estrato de condição de vida	Raça/cor *				Razão entre a proporção de mortes (b/a)
	Branca (a)		Preta (b)		
	n	%	n	%	
I (Melhor)	10	10,87	82	89,13	8,19
II (Intermediária)	40	8,23	455	93,81	11,40
III (Pior)	47	6,74	650	93,26	13,84
Recife (**)	97	7,55	1187	92,45	12,24

(\*) Excluindo 97 óbitos com raça/cor ignorada; (\*\*) Inclusive óbitos com bairros de residência ignorados (09 óbitos raça/cor preta).

## Discussão

Os diferenciais de mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes de transporte contra adolescentes na cidade do Recife desagregada em estratos de condição de vida, observados nesse estudo, identificaram que a violência que atinge os adolescentes não é indiscriminada. Trata-se, ao contrário, de uma violência seletiva que acomete adolescentes pretos que residem nos estratos de intermediária e pior condição de vida da cidade. Essa situação foi também observada por vários autores em outras capitais brasileiras e países da América Latina<sup>25-31</sup>.

Com base nos resultados encontrados, faz-se necessário comentar alguns aspectos metodológicos que poderiam ter influenciado os achados deste estudo. Um deles foi o fato de que se encontrou registro de pequenos números de óbitos por causas específicas (suicídio, atropelamentos e outros acidentes de transporte), o que poderia ter introduzido, em algumas unidades de análise, uma distorção nas taxas encontradas. Para minimizar este problema, trabalhou-se com a unidade de análise estratos de condição de vida e com o conjunto de anos – 1998/2004 – tanto para as mortes violentas como para as mortes por causas específicas. Apesar da adoção deste artifício, manteve-se o pequeno número de suicídios. No entanto, considerando a importância de descrever esse tipo de violência auto-infligida, resolveu-se apresentar as informações construídas na perspectiva de chamar a atenção para o tema na população em estudo.

Outra questão metodológica diz respeito à opção de multiplicar a população do ano de 2000 por sete como uma aproximação da população do período estudado. Isto provavelmente implicou superestimação das taxas de mortalidade obtidas. Mas o baixo crescimento populacional (1,06% ao ano) do Recife entre os censos demográficos de 1991 e 2000<sup>32</sup> provavelmente minimizou a superestimação das taxas construídas neste estudo. Salienta-se que a superestimação das taxas calculadas não interfere nos valores obtidos para as razões de taxas, pois as taxas de mortalidade por violência contra adolescentes sofreram o mesmo efeito decorrente da população utilizada.

Finalmente, os estudos ecológicos não permitem o ajuste para os fatores de confundimento pela falta de informação sobre as diversas exposições em nível do indivíduo. Portanto, quando se encontrou uma maior proporção de óbitos por homicídio em adolescentes pretos, talvez a causa do óbito não seja a raça/cor e sim a situação social adversa desse grupo racial/étnico. Para Batista *et al.*<sup>33</sup>, no entanto, a morte tem cor e há uma morte

branca causada pelas doenças e uma morte negra que tem as causas externas como principal causa.

Vários estudos têm apontado que a violência está relacionada ao processo desorganizado e excludente de urbanização, ao aumento da pobreza e da miséria urbana, à maior razão de dependência (percentual de pessoas abaixo de 15 anos e acima de 64 anos consideradas economicamente menos produtivas), à organização do crime em torno do narcotráfico, ao acesso e disponibilidade de armas entre a população, entre outros fatores<sup>1,8,16,23,28,34-38</sup>.

Os resultados aqui apresentados reforçam os achados de Silva<sup>23</sup>, que encontrou que as causas externas representaram a segunda causa de morte em todos os estratos de condição de vida da cidade do Recife no período de 1996 a 2001, sendo o risco de morte por violência mais elevado nos estratos de piores condições de vida.

As diferentes taxas de mortalidade por estrato de condição de vida encontradas para os homicídios demonstram a relação existente entre o risco de morte por esta causa e a condição de vida da população, sendo a arma de fogo o principal instrumento utilizado para sua consecução. Lima e Ximenes<sup>38</sup>, no estudo que realizaram na mesma cidade, para o ano de 1991, verificaram que, no grupo etário de 10 a 39 anos de idade, cerca de 83,5% dos casos de homicídios também tiveram como instrumento mais utilizado a arma de fogo.

Minayo<sup>5</sup> chama a atenção para o fato de que os homicídios podem estar associados ao incremento do uso da arma de fogo, apontando o Recife como uma das capitais onde o crescimento das mortes violentas envolvendo o uso daquele tipo de arma foi mais intenso entre 1980 e 1989.

Vários autores<sup>6,31,38,39</sup> têm citado outros determinantes do crescimento da violência em adolescentes, em particular dos homicídios, como, por exemplo, o tráfico de drogas com disputas pelos pontos de venda, comércio ilícito de drogas, contratação de matadores de aluguel para o pagamento de dívidas, aumento do contrabando e da posse de armas.

No aspecto posse de armas, o Brasil realizou em 2005 o referendo que teve como resultado o consentimento da população para a fabricação e comércio da arma de fogo, revelando provavelmente uma outra face dos problemas relacionados à violência que também devem ser considerados: a descrença no papel do Estado como mediador dos conflitos sociais provavelmente pela ausência e morosidade da justiça, sucateamento dos equipamentos de segurança pública, desvalorização e corrupção das mesmas, além da perda de valores éticos e morais, entre outros. Para Mir<sup>40</sup>, o caminho que a sociedade toma, ao lidar com o

fenômeno violência, é o mais doloroso e ao seu ver mais penoso, pois busca-se congelar o presente e transformar o futuro num eterno embrião.

Os resultados observados no presente estudo ajudam a compreender o importante papel dos diferenciais de condição de vida na determinação da violência contra adolescentes, sobretudo nos homicídios. A trajetória cotidiana dessa violência é explorada por certos segmentos da imprensa que desempenham um papel de alimentador da reprodução de estereótipos (“cheira cola”, delinquentes, trombadinhas), convertendo os adolescentes de vítimas em algozes. Muito provavelmente, a realidade da violência praticada contra esse grupo populacional vai além de qualquer quadro descrito por este estudo. Contudo, as limitações que se co-

locam à produção deste estudo não conseguem esconder um trágico panorama na trajetória de vida desse grupo etário na cidade do Recife, que compelido a buscar um lugar na sociedade, se expõe a situações de extrema vulnerabilidade.

Para se superar esse quadro de aviltamento, há necessidade de se sair da dimensão individual para a coletiva num movimento de cultura pela paz e de respeito pelo outro, além da implantação de programas específicos dirigidos a esse grupo populacional. Ao analisarmos a situação numa perspectiva da construção da cidadania, observaremos com mais clareza as necessidades coletivas desses adolescentes e a sociedade se sentirá, provavelmente, mais comprometida com as questões, uma vez que o problema não é mais do outro e sim de todos.

## Colaboradores

IER Costa trabalhou na concepção do projeto do estudo, coleta de dados, análise, interpretação e discussão dos resultados e redação do artigo. AB Ludermir atuou na concepção metodológica do estudo, análise, interpretação e discussão dos resultados e na redação do artigo. I Avelar atuou na discussão dos resultados e colaborou com a concepção metodológica do estudo.

## Referências

1. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade. In: Lima CA, organizadora. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 23-28.
2. Assis SG. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. **Cad Saude Publica** 1994; 10(Supl. 1):126-134.
3. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? **Cien Saude Colet** 1999; 5(1):8-19.
4. Ballone GJ. Violência e Saúde. **Psiquweb** [site da Internet] [acessado 2004 dez 20]. Disponível em: <http://sites.uo.com.br/gballone/temas/violen-inde.html>
5. Minayo MCS. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cad Saude Publica** 1994; 10(1):7-18.
6. Minayo MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à Saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica** 2005; 29 (1):55-63.
7. Barros MBA. Epidemiologia e superação de iniquidades em saúde. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. **Equidade e saúde - contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 163-176.
8. Reichenheim ME, Werneck GL. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990. As mortes violentas em questão. **Cad Saude Publica** 1994; 10(1):188-198.
9. Organización Panamericana de la Salud. **Las condiciones de salud en las Américas**. Washington, D.C.: OPAS; 1994.
10. Simões CCS. **Perfis de Saúde e de Mortalidade no Brasil: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos**. Washington, D.C.: OPAS; 2002. p. 104-108.
11. 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**, 1998; Caxambu. p. 1947-1958.

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. 2328.
13. Minayo MCS, Assis SG. Saúde e violência na infância e adolescência. *J Pediatr* 1994; 70(5):263-266.
14. Minayo MCS, Souza ER. Violência para todos. *Cad Saude Publica* 1994; 10:1-18.
15. Guimarães MJB, Lessa F, Regazzi AP, Aquino T, Melo N. 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.
16. Akerman M. Diferenciais intra-urbanos em São Paulo: estudo de macro localização de problemas como estratégia para influenciar políticas urbanas. In: Barata RB, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Equidade e saúde. Contribuições da epidemiologia*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 219-234.
17. Guimarães MJB. *Mortalidade infantil: uma análise das desigualdades intra-urbanas no Recife* [tese]. Recife (PE): Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
18. Possas C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e Saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1989.
19. Castellanos PL. *Sistemas nacionales de vigilancia de la situación de salud según condiciones de vida y del impacto de las acciones de salud y bienestar*. Washington, D.C.: OPAS; 1991.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário estatístico de saúde do Brasil - AEB, 2002*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
21. Guimarães MJB. *Mortalidade infantil e condição de vida: uma análise da desigualdade espacial no Recife* [dissertação]. Recife (PE): Instituto Materno-Infantil de Pernambuco; 1998.
22. Araújo MS. Velhos desafios. Trabalhos para discussão nº 143. 2002. [site na Internet] [acessado 2005 jun 20]. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/tpd/143.html>
23. 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.
24. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman & Hall, 1995.
25. Britto RCC, Lamarão ML. *Criança, violência e Cidadania*. Belém: UNAMA/FCBIA/ASIPAG;1994.
26. Cerqueira CA, Paes NA. Investigações sobre mortalidade por causas e sua associação com indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. In: *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, 2000 out. 23-27. Caxambu: ABEP; 2000. p. 1-17.
27. Rodrigues NMC, Gama M. O aumento dos homicídios entre adolescentes no Rio de Janeiro e São Paulo, nos diferentes grupos étnicos. In: *XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP*, 2000 out. 23-27. Caxambu: ABEP; 2000. p. 1-23
28. Soares GAD, Borges D. A cor da Morte, Rio de Janeiro. *Ciência Hoje* 2004; 35(209):26-31.
29. Agudelo SF. Violencia y salud en Colombia. *Rev. Panam. Salud Públ. / Pan Am. J. Public Health* 1997; 2:93-103.
30. Lemard G, Hemenway D. Violence in Jamaica: an analysis of homicides, 1998-2002. *Inj. Prev.* 2006; 12(1):15-18.
31. 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.
32. Recife. Prefeitura Municipal. *Plano Diretor do Recife: Diagnóstico - A dinâmica social do Recife - Distribuição espacial da população*. [site na Internet] [acessado 2005 nov 29]. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/planodiretor>
33. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo. *Rev. Saude Publica* 2004; 38(5):630-636.
34. Souza ER. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1):45 -60.
35. Szwarcwald CL, Castilho EA. Mortalidade por armas de fogo no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise espacial. *Rev. Panam. Salud Públ./Pan Am. J. Public Health* 1998; 4(3).
36. Macedo AC, Paim JC, Silva LMV, Costa MCN. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. *Rev. Saude Publica* 2002; 35(6):515-522.
37. 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.
38. Lima MLC, Ximenes R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife, 1991. *Cad Saude Publica* 1998; 14(4):829-840.
39. Minayo MCS. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad Saude Publica* 1998; 14(2):421-428.
40. Mir L. *Guerra civil: estado e trauma*. São Paulo: Geração Editorial; 2004.

---

Artigo apresentado em 15/08/2006

Aprovado em 07/11/2006