

# Morbidade por causas externas: os casos não registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS)\*

## Morbidity due to external causes: the many unreported cases by the Unified Health System (SUS)\*

Roberto dos Santos Lacerda <sup>I</sup>, Edna Maria de Araújo <sup>II</sup>, Vijaya Krisna Hogan <sup>III</sup>, Ionara Magalhães de Souza <sup>IV</sup>

### Resumo

O aumento da violência vem se configurando como um importante desafio enfrentado em todo o mundo. Objetivou-se analisar a morbidade violenta em Feira de Santana (BA), segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos. Realizou-se um estudo transversal com coleta retrospectiva de casos que apresentaram lesões corporais atendidos pelo Departamento de Polícia Técnica do município, no período de 2006-2008. Foram registrados 4.158 casos de lesão corporal, com maior ocorrência entre homens jovens. A média de idade das vítimas foi 30,4 anos ( $\pm$  13,2 anos). A distribuição segundo a faixa etária mostrou que os adultos jovens nas faixas de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos concentraram os maiores percentuais de casos (34,5% e 23,8%, respectivamente). A análise por causa específica evidenciou que as violências intencionais foram mais frequentes entre pessoas de 10-19 anos (86,6%). As intervenções legais foram o principal motivo das agressões (28,9%), seguidas dos conflitos em família (21,5%). Evidencia-se a necessidade de melhoria da qualidade da informação gerada pelo boletim de ocorrência policial e laudo do exame de "corpo de delito" e efetivação de políticas públicas, na perspectiva do Sistema Único de Saúde, que enfoquem a prevenção da violência e a promoção da cultura da paz.

**Palavras-chave:** Morbidade, Causas Externas, Violência

### Abstract

The increase in violence has shaped up as a major challenge faced in the world. Our goal was to analyze the violence morbidity in Feira de Santana (BA), according to the profile of the victims, perpetrators and violent act's circumstances. We have conducted a cross-sectional study with retrospective cases treated by the Department of Technical Police of the municipality, which showcased injuries, in the period 2006-2008. We recorded 4,158 cases of injury, with higher prevalence among young men. The average age of victims was 30.4 years ( $\pm$  13.2 years). The age separation showed up that the violence concentrated the largest percentage of cases among 20-29 years and 30 to 39 years old young adult (34.5% and 23.8%, respectively). The analysis also reviewed that the specific cause of intentional violence were more common among 10-19 years old people (86.6%). Legal interventions were the main reason for aggression (28.9%), followed by family conflict (21.5%). The paper stands out the need for improving the quality of information reported by the police as well as the examination report of "corpus delicti" and execution of public policy from the National Health System perspective, which focus on violence prevention and the promotion of culture of peace.

**Keywords:** Morbidity, External Causes, Violence

\* Trabalho que integra a pesquisa Morbidade por causas externas: caracterização e fatores associados na maior cidade do interior da Bahia, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), Edital Pesquisa para o SUS/MS/CNPq/Fapesb/Sesab: Gestão Compartilhada em Saúde.

<sup>I</sup> Roberto dos Santos Lacerda (robertosl3@hotmail.com) é biomédico, professor-assistente da Universidade Federal de Sergipe (UFS), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

<sup>II</sup> Edna Maria de Araújo (ednakam@gmail.com) é enfermeira, doutora em Saúde Pública, professora-titular da Universidade Estadual de Feira de Santana

(UEFS), Bahia, Brasil; coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Desigualdades em Saúde (Nudes).

<sup>III</sup> Vijaya Krisna Hogan (vhogan@email.unc.edu) é nutricionista, PhD in Maternal and Child Health/Epidemiology e professora-associada do Departamento de Saúde Materna e Infantil e Epidemiologia da Universidade da Carolina do Norte, Chapel Hill, NC, EUA. School of Public Health.

<sup>IV</sup> Ionara Magalhães de Souza (narafenix@yahoo.com.br) é pedagoga, fisioterapeuta, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Bahia, Brasil.

## Introdução

O fenômeno do aumento da violência em todo o mundo vem se configurando como um importante desafio a ser enfrentado pelos países, despertando o interesse de pesquisadores de diversas áreas, inclusive da Saúde Coletiva, que tem buscado investigar e explicar os fatores determinantes desse complexo problema<sup>4,10</sup>.

No Brasil, os acidentes e as violências são as principais causas de mortalidade entre crianças, adolescentes e a população adulta jovem e correspondem ao terceiro fator determinante de óbito na população geral, representando para o país um custo de aproximadamente 5% do produto interno bruto (PIB) no ano de 2004<sup>14</sup>.

A magnitude e a intensidade da violência no Brasil podem ser observadas nos indicadores epidemiológicos e criminais, que conferem ao país taxas de morbimortalidade até maiores do que as observadas em países em guerra. Essa escalada de crescimento nas taxas de mortalidade por causas externas foi observada desde a década de 1980, quando passou de 59,0 mortes por 100 mil habitantes para 72,5 em 2002<sup>17</sup>. A estimativa global de mortes violentas em 2000 foi de 28,8 por 100 mil habitantes, variando entre 14,4 em países de renda alta e 32,1 em países de renda baixa e média<sup>4</sup>. No mesmo ano, no Brasil, ocorreram 118.367 mortes por causas externas, o que representou 12,5% do total de mortes<sup>4</sup>, especialmente entre os homens jovens (83,5%)<sup>5</sup>.

A tendência de crescimento da mortalidade por violência é um problema enfrentado principalmente por estados e cidades das regiões Norte e Nordeste do país. Maranhão, Bahia e Pará tiveram crescimento na taxa de mortalidade por homicídios entre 1998 e 2008 de 367%, 280% e 222%, respectivamente, e entre os vinte municípios mais violentos do Brasil, 15 pertencem às regiões Norte e Nordeste<sup>20</sup>.

As taxas de mortes violentas representam apenas uma parte do problema, visto que a magnitude da violência não letal é ainda muito maior<sup>12</sup>. No Brasil, para cada homicídio de pessoa jovem há entre vinte e quarenta vítimas não fatais sofrendo violências e outras agressões não fatais e recebendo tratamento hospitalar<sup>9</sup>. No ano de 2000, foram registrados 15 casos de lesões intencionalmente provocadas para cada homicídio na cidade de Salvador<sup>20</sup>. Os números da violência não letal podem ser muito maiores, pois apesar de os acidentes e violências serem apontados como grandes responsáveis pelas internações hospitalares no Brasil<sup>15</sup>, é importante

destacar que as ocorrências que não geram internação hospitalar não são contempladas nos registros do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe registrar ainda que, a despeito da sua magnitude, há escassez de estudos utilizando dados de morbidade.

A magnitude da morbidade representada pelas lesões provocadas pelos acidentes e violências revela a importância de se compreender esse fenômeno para além das informações produzidas pelos dados de mortalidade. Dessa forma, objetivou-se nesse estudo analisar a morbidade por causas externas, segundo o perfil das vítimas, agressores e circunstâncias dos atos violentos no município de Feira de Santana, Bahia.

## Método

Trata-se de um estudo transversal, com coleta retrospectiva de dados. A população de estudo foi o universo de vítimas de lesões por causas externas encaminhadas para exame de lesões corporais (“corpo de delito”) no Departamento de Polícia Técnica (DPT) do município de Feira de Santana (BA), no período de 2006 a 2008.

O município de Feira de Santana é o segundo maior da Bahia e está situado na região norte do Estado; apresenta uma população de 568.099 habitantes e taxa de urbanização de 91,7% no ano de 2012<sup>7</sup>. É altamente industrializado em sua zona urbana, com intenso tráfego urbano e regional, sendo considerado o mais importante entroncamento rodoviário do Norte/Nordeste do Brasil.

Para análise da morbidade, foi considerado “caso de lesão por causa externa” todo laudo de atendimento resultante de exposição aguda a uma força externa ou substância, afogamentos, incluindo as lesões físicas não intencionais e aquelas relacionadas com violências e com intencionalidade indeterminada, definição recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup>. Buscou-se trabalhar com o número máximo possível de casos, mas foram excluídos os casos que não tinham definição sobre o tipo de causa externa que provocou a lesão.

Os tipos de causas externas foram consideradas conforme a Classificação Internacional de Doenças, 10a revisão (CID-10)<sup>8</sup>, capítulo XX, que agrupa as causas externas de morbimortalidade.

Os agravos analisados foram categorizados em três grupos de causas:

1) acidente de transporte, código V01-V99, que engloba acidentes como colisão, atropelamento e demais acidentes de transporte;

2) demais acidentes, código W00-X59 (quedas, queimaduras, acidentes de trabalho, envenenamentos e afogamentos);

3) agressões, código X85-Y09 (espancamento, tentativa de homicídio, enforcamento, violência/abuso sexual, demais agressões físicas).

Para o estudo da violência intencional, foram analisados apenas os casos no grupo das agressões, visto que este é o único grupo cuja intencionalidade do ato violento é bem definida.

Na coleta de dados, utilizou-se o instrumento denominado “Ficha de Investigação de Lesões Corporais em Feira de Santana”. Para a finalidade deste estudo, as variáveis selecionadas foram relativas ao perfil sociodemográfico da vítima, ao agressor e ao evento violento.

A entrada, a organização e a análise dos dados obtidos foram realizadas por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 15.0. Utilizou-se análise exploratória e descritiva baseada em frequências absolutas, relativas e razões, segundo características sociodemográficas das vítimas, dados da agressão e características sociodemográficas do agressor.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o registro de protocolo número 082/2009 (CAAE- 0087.0.059.000-09), seguindo as especificações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

## Resultados

Foram relacionados 4.158 atendimentos de exame de “corpo de delito” decorrentes de causas externas entre 2006 e 2008 em Feira de Santana-BA. Registraram-se 1.297 casos (31,2%) em 2006, 1.499 (36%) em 2007 e 1.362 (32,8%) em 2008.

A principal fonte de informação dos laudos foi o boletim de ocorrência (99,6%). Em poucos casos, os responsáveis pelo preenchimento dos laudos utilizaram outras fontes de informação, como família da vítima (0,3%) e hospital (0,1%).

A Tabela 1 mostra a distribuição das características das vítimas, sendo possível observar o predomínio do sexo masculino, que registrou 52,8% dos casos. A taxa de ocorrência foi de 8,44 casos para cada grupo de mil homens, tendo sido superior à taxa entre as mulheres

(1,23 vez). A distribuição segundo faixa etária mostrou que os adultos jovens na faixa de 20 a 29 anos foram as principais vítimas.

## Tipo de causa externa e circunstâncias do evento

As agressões foram as principais causas de lesões. Observou-se predomínio do sexo masculino no grupo de acidentes de transporte, com 3,7 homens para cada mulher, enquanto nos demais grupos de causas houve maior concentração entre as mulheres, com razão de aproximadamente 1,3 mulher para cada homem nos dois grupos.

## Perfil do agressor

Foram encontradas informações sobre o sexo do agressor em 63,7% dos casos. Destes, houve predomínio de agressores do sexo masculino (75,9%). Constatou-se que existia relação anterior entre vítima e agressor em 81,7% dos casos, sendo o(a) parceiro(a) íntimo(a) responsável por 22,7% das agressões (Tabela 2).

## Características da agressão

Observou-se que o espancamento foi o principal tipo de agressão. Além de tentativa de homicídio e violência sexual (abuso, estupro, atentado ao pudor), foram registrados como outros tipos de agressão física: pedradas, mordedura humana, garrafadas, chicotadas etc. (Tabela 3).

Sobre o motivo da agressão, foram encontradas informações em apenas 18,4% dos casos, tendo como principal motivo a ação policial/intervenção legal.

Nas agressões sofridas pelas mulheres, o agressor foi alguém com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntima – marido, companheiro e/ou namorado (23% das relações atuais e 10% de relações passadas).

## Discussão

Um dos pontos relevantes deste estudo é o fato de ter analisado os casos de violência que, geralmente, não são registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) por não gerarem uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Em contrapartida, limita-se por restringir-se aos registros de casos de violência em que as vítimas prestaram queixa em uma delegacia de polícia e se submeteram ao exame de “corpo de delito”. Considerando-se que algumas pessoas que registraram a queixa não realizaram o exame de “corpo de delito”, acredita-se que

**Tabela 1.** Características sociodemográficas das vítimas de lesões por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Pop.</b>	<b>%</b>	<b>Vítimas</b>	<b>%</b>	<b>Taxa de Ocorrência (/1000 hab.)</b>
<b>Sexo</b>					
Masculino	259.818	47,7	2.194	52,8	8,44
Feminino	285.818	52,3	1.962	47,2	6,86
<b>Total</b>	<b>544.113</b>	<b>100</b>	<b>4.156</b>	<b>100</b>	<b>7,63</b>
<b>Faixa Etária</b>					
<10 anos	106.915	19,6	93	2,2	0,8
10 a 19 anos	122.316	22,5	723	17,4	5,9
20 a 29 anos	107.380	19,7	1.435	34,5	13,3
30 a 39 anos	81.134	14,9	990	23,8	12,2
40 a 49 anos	55.236	10,2	533	12,8	10,2
50 a 59 anos	34.281	6,3	221	5,3	6,4
60 e mais	36.724	6,8	162	3,9	4,4
<b>Raça / Cor de pele</b>					
Branca	119.706	22,0	157	3,8	1,31
Parda	337.350	62,0	3.582	87,0	10,6
Preta	81.616	15,0	376	9,1	4,6
Amarela	5.441	1,0	2	0,01	0,36
<b>Estado civil* (n=4.075)</b>					
Solteiro			2.584	63,4	
Casado(a)/União estável			1.064	26,1	
Separado(a)/ Divorciado(a)/Viúvo(a)			168	4,1	
Menor de idade			259	6,4	
<b>Escolaridade* (n=3.698)</b>					
Analfabeto			118	3,2	
Alfabetizado/pré-escolar			56	1,5	
Ensino Fundamental (1ª a 8ª séries)			1.945	52,6	
Ensino Médio (1º ao 3º ano)			1.409	38,1	
Ensino Superior			170	4,6	
<b>Religião* (n=3.039)</b>					
Católica			2.421	79,7	
Protestante			577	9,0	
Espírita/Candomblé/Ateu/Outra			41	1,3	
<b>Naturalidade* (4.126)</b>					
Feira de Santana			2.587	62,7	
Outra			1.539	37,3	

Fonte: Próprios autores | \*Não foi possível calcular as taxas por não haver cobertura 100% dessas variáveis nos dados do Censo Demográfico

o número de ocorrências no período tenha sido superior ao encontrado.

Ao compararmos os dados do presente estudo com os dados do SIH/SUS, foram observadas divergências significativas. Em 2007, em Feira de Santa-

**Tabela 2.** Características dos agressores e relação com a vítima de lesão por causas externas em Feira de Santana (BA), 2006-2008

Características	N	%
<b>Sexo do agressor (n=2.652)</b>		
Masculino	2.014	75,9
Feminino	638	24,1
<b>Relação anterior com a vítima (n=2.345)</b>		
Sim	1.916	81,7
Não	429	18,3
<b>Relação vítima-agressor (n=2.172)</b>		
Esposo(a)/companheiro(a)*	493	22,7
Pai/mãe	54	2,5
Padrasto/madrasta	25	1,1
Irmão(a)	78	3,6
Tio(a)/primo(a)	23	1,1
Namorado(a)	41	1,9
Ex-esposo(a)/ex-companheiro(a)	220	10,1
Vizinho(a)	126	5,8
Colega de escola	38	1,7
Conhecido(a)	866	39,9
Outros	208	9,6

Fonte: Próprios autores | \*Companheiro(a) corresponde a união estável.

na, foram registrados no SIH/SUS 664 internações por acidentes de transporte, 3.012 por causas externas em razão de outros acidentes. No mesmo ano, os dados da Segurança Pública apresentaram 354 casos de lesões por acidentes de transporte e 44 casos relativos a outros acidentes.

Apesar das diferenças metodológicas e de objetivos na coleta e no processamento dos dados entre os dois setores, notam-se diferenças entre os dados, principalmente para os casos de agressões, visto que foram registrados no SIH/SUS 64 internações, enquanto no DPT

foram registrados 1.101 casos. Essa diferença mostra que, ao utilizar apenas dados do SIH/SUS para análise da morbidade por violência, o setor saúde não consegue dimensionar a sua magnitude.

Observou-se um aumento dos casos de morbidade por causas externas, nos anos de 2006 e 2007, caracterizado por maior ocorrência de casos entre mulheres,

**Tabela 3.** Características da agressão segundo tipo, motivo e instrumento usado para causar a lesão em Feira de Santana (BA), 2006-2008

Características	N	%
<b>Tipo de agressão (n=2.980)</b>		
Espancamento	1.875	62,9
Tentativa de homicídio	317	10,6
Violência sexual	20	0,7
Outros tipos de agressão física	768	25,8
<b>Motivo da agressão (n=766)</b>		
Discussão por bebida ou drogas	06	0,8
Discussão no trânsito	05	0,6
Discussão em família	165	21,5
Discussão com vizinho(a)	60	7,8
Discussão por ciúme	140	18,3
Ação policial*	221	28,9
Vítima de assalto/sequestro	12	1,6
Violência ou abuso sexual	20	2,6
Outros	137	17,9
<b>Instrumento ou meio usado na produção da lesão (n=2.605)</b>		
Arma branca	192	7,4
Arma de fogo	145	5,6
Pedaço de madeira	142	5,5
Barra de ferro	30	1,1
Socos/chutes/tapas	1.228	47,1
Pedra	99	3,8
Outros	769	29,5

Fonte: Próprios autores | \*Intervenção legal.

fato que pode estar diretamente relacionado à promulgação da lei 11.340, no final de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha, que proporcionou mais visibilidade à temática da violência contra a mulher, motivando o aumento do número de denúncias.

A análise de tipo de causa externa e sexo mostra predomínio do sexo masculino apenas no grupo de acidentes de transporte, enquanto as mulheres foram mais vitimadas por agressões e demais acidentes.

Os acidentes de transporte, que representaram 1/4 das ocorrências registradas no período, foram caracterizados por maior vitimização de pessoas jovens e do sexo masculino. Feira de Santana é um dos mais importantes entroncamentos rodoviários do Norte-Nordeste do Brasil, o que poderia explicar o grande número de acidentes registrados, além da introdução da motocicleta como meio de trabalho, visto que grande parte das pessoas envolvidas em acidentes de transporte são condutoras de motocicletas<sup>19</sup>.

O predomínio do sexo feminino entre as vítimas de agressão e masculino entre os agressores confirma a desigualdade de gênero nos relacionamentos, nos quais o homem exerce posição de domínio sobre suas companheiras, já que o agressor foi alguém com quem a vítima mantém ou manteve uma relação íntima.

Em relação à faixa etária das vítimas, os resultados deste estudo são semelhantes aos estudos de mortalidade e internações hospitalares por causas externas, que apresentam maior ocorrência na faixa etária de 20 a 29 anos<sup>5,18</sup>.

As agressões foram responsáveis por grande parte das ocorrências entre vítimas de 0 a 9 anos e 10 a 19 anos. Essa vivência negativa e precoce de vitimização por atos violentos pode repercutir por toda a vida da vítima, fenômeno caracterizado como ciclo de violência, que confere às vítimas maior propensão quando adultas à delinquência, à criminalidade e ao comportamento violento, quando comparadas a crianças que não sofreram violência<sup>22</sup>.

Outro aspecto importante na descrição do perfil das vítimas de violência diz respeito às disparidades raciais encontradas, que mostraram que 96% das vítimas eram negras (87% pardas e 9% pretas). A ocorrência dentro dos grupos étnicos confirma as disparidades, visto que a taxa de ocorrência entre a população branca foi 1,31, enquanto entre os pardos foi 10,6 (Tabela 1). Tal fenômeno também é observado em estudos de mortalidade por causas externas no Brasil<sup>1,2</sup> e também nos EUA<sup>17,21</sup>. Esses estudos ampliam a análise desse fenômeno para além das causas em nível individual, demonstrando a relação e a importância dos contextos estruturais no entendimento das disparidades raciais na morbimortalidade por violência.

Despertou a atenção o grande número de agressões provocadas pela ação policial/intervenção legal. Apesar do caráter “legal” de muitas ocorrências policiais que resultaram em lesões corporais, observa-se que existe no Brasil certa tolerância à manipulação dos corpos, fazendo com que ações violentas sejam legitimadas para punir supostos criminosos e categorias sociais tidas como perigosas ou passíveis de controle<sup>16</sup>. Esse quadro em que a desigualdade na efetivação dos direitos sociais e econômicos se sobrepõe diretamente à violação de direitos é visto como um fator de intensificação do ciclo de violência<sup>18</sup>.

O uso da violência como forma de resolução de conflitos pode ser evidenciado quando analisado o tipo de agressão, sendo o espancamento a forma mais frequente e os socos/chutes/tapas o principal meio para produção da lesão/agressão. O baixo número de ocorrências registradas de violência sexual durante o período foi um fator relevante. No Rio de Janeiro, em 35% dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes não foi efetuado nenhum tipo de exame pericial para investigar a veracidade do fato<sup>11</sup>. Além disso, a maioria das agressões ocorre em ambientes familiares com agressores próximos às vítimas, com vínculo sentimental ou hierárquico, e estas nem sempre denunciam ou procuram atendimento médico.<sup>13</sup>

A realização de outros estudos de morbidade que possam confrontar os registros de agressão feito pelas delegacias com os registros de exames de “corpo de delito” poderão retratar de forma mais ampla essa realidade.

## Conclusão

Houve crescimento do número de casos de morbidade por causas externas registrados no DPT no período do estudo, com maior pico em 2007 e aumento de ocorrências entre as mulheres. No geral, o perfil das vítimas se caracterizou pelo predomínio de pessoas solteiras, de raça/cor negra, escolaridade menor ou igual ao ensino fundamental completo, religião católica e naturais do município em estudo. Foi observada maior vitimização de jovens do sexo masculino por acidentes de transporte, enquanto as mulheres foram mais vitimadas por agressões e demais acidentes.

O espancamento correspondeu à forma mais frequente de agressão, e os socos/chutes/tapas os principais meios para produção das lesões. As violências intencionais mostraram-se mais frequentes entre crian-

ças e adolescentes de 10 a 19 anos. Os indivíduos do sexo masculino representaram os principais agressores e o motivo da agressão consistiu em informação bastante negligenciada nos laudos. A ação policial/intervenção legal provocou quase um terço dos casos de agressões atendidos pelo DPT.

Evidenciou-se a iminente necessidade de melhoria da qualidade da informação gerada pelo boletim de ocorrência policial e laudo do exame de “corpo de delito”.

Os registros dos atendimentos de exame de “corpo de delito” isoladamente, assim como os registros das internações hospitalares em razão de acidentes e violências, não retratam a totalidade da morbidade por causas externas. Faz-se necessário que os casos que não geraram internação hospitalar sejam captados pelos sistemas de informação em saúde. Dessa maneira, os serviços de urgência e emergência do SUS poderão ser mais bem planejados e as políticas públicas que visem à prevenção da violência e à promoção da cultura da paz melhor direcionadas.

## Referências

1. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):405-12.
2. Batista LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):71-80.
3. Caldeira TPR. Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo. São Paulo: Edusp; 2000.
4. Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Supl 11;1162-1178.
5. Gawryszewski VP, Koizumi MS, Mello Jorge MHP. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(4):995-1003.
6. Holder YPM, Krug E, Lund J, Gururaj G, Ko-Busingye O. Injury surveillance guidelines [monografia na internet]. Geneva: World Health Organization; 2001. [acesso em 10 mar 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/gender/violence>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Informações sobre as cidades. [monografia na internet]. Rio de Janeiro; [acesso em 27 jan 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow>

8. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision (ICD-10) Version for 2010 [Internet]. [acesso em 10 fev 2013]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/V01-V09>
9. Minayo MCS, Souza ER. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
10. Ministério da Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília, DF;2005.
11. Njaine K, Souza ER, Minayo MCS, Assis SG. A produção da (des) informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cad Saúde Pública*. 1997;13(3):405-414.
12. Noronha CV, Almeida PH, Santos LD. Violência e saúde: magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia [Relatório de pesquisa]. Salvador: UFBA/ISC/DFID/SESAB; 2003.
13. Oshikata CT, Bedone AJ, Faúndes A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pós-agressão. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:192-9.
14. Reinchenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *The Lancet*. 2011; 377(9781):1962-1975.
15. Rodrigues RI, Cerqueira DRC, Lobão WJA, Carvalho AXY. Custo da violência para o sistema de saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2007.
16. Ruotti C, Freitas TV, Almeida JF, Peres MFT. Graves violações de direitos humanos e desigualdade no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):533-40.
17. Sampson RJ, Morenoff JD, Raudenbush S. Social anatomy of racial and ethnic disparities in violence. *Amer J Publ Health*. 2005;95(2):224-32.
18. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Supl 11:1211-22.
19. Souza MFM. A análise de tendência de acidentes de transporte terrestre para políticas sociais no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(1):33-44.
20. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2011. Os jovens do Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2011.
21. West CM. Black women and intimate partner violence: new directions for research. *J Interpersonal Violence*. 2004;19(12):1847-1493.
22. Widom CS. The cycle of violence. *Science New Series*. 1989;244(4091):160-6.