



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

DAILMA FERREIRA CARNEIRO

MORTALIDADE ENTRE ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA,
BAHIA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL

Feira de Santana

2018

DAILMA FERREIRA CARNEIRO

MORTALIDADE ENTRE ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA,
BAHIA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (BA), como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição Oliveira Costa.
Coorientador: Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.

Feira de Santana

2018

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado – UEFS

C288 Carneiro, Dailma Ferreira
Mortalidade entre adolescentes de Feira de Santana, Bahia : estudo de série temporal / Dailma Ferreira Carneiro. –. 2018.
102 f.: il.

Orientadora: Maria Conceição Oliveira Costa.
Coorientador: Carlito Lopes Nascimento Sobrinho.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

1. Mortalidade de adolescentes – Feira de Santana – Bahia. 2. Causas externas. 3. Políticas públicas. I. Costa, Maria Conceição Oliveira, orient. II. Nascimento Sobrinho, Carlito Lopes. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 314.42(814.22)

Bibliotecária: Tatiane Souza Santos CRB5 / 1634

DAILMA FERREIRA CARNEIRO

MORTALIDADE ENTRE ADOLESCENTES DE FEIRA DE SANTANA,
BAHIA: ESTUDO DE SÉRIE TEMPORAL

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração de Epidemiologia no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

Feira de Santana, Bahia, 30 de maio de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Maria Conceição Oliveira Costa
Pós-Doutorado em Ciências da Saúde
University du Québec à Montreal, Canadá
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Profa. Dra. Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto
Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, ICS (UFBA)
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Profa. Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa
Pós-Doutorado em Bioética, Universidade dos Açores, Portugal
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

A **Deus**, minha força, que torna
meus pés como os das corças e me
faz andar sobre os lugares altos,

e a **meus filhos**, Afonso e Samuel,
para que possam alcançar lugares
altos do amor e da vitória,

dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque “Tu és Senhor, a magnificência, e o poder, e a honra, e a vitória, e a majestade.” (I Cr. 29:11).

A meus pais, Deraldo e Heredil, que, com amor e carinho, me apoiaram em todos os momentos desta trajetória.

A meus filhos, Afonso e Samuel, que participaram dessa caminhada e foram compreensíveis quando de minha ausência.

A meus irmãos, Roque, Núbia e João Henrique, pela alegria que sinto na confiança que em mim depositaram.

À estimada Doutora Maria Conceição Oliveira Costa, minha querida orientadora, por sua vasta sabedoria e luz em suas orientações, pela acolhida no NNEPA, pela disponibilização de seu tempo, sua experiência e seu incentivo: “Siga em frente!”

Ao estimado Doutor Carlito Lopes Nascimento Sobrinho pelas contribuições preciosas e por seu olhar científico, atento, instigante e construtivo.

À Doutora Magali Teresópolis Reis do Amaral por sua rica colaboração, mediante seus conhecimentos e informações em Estatística.

À Doutora Gilcélia Santana Pires pelo incentivo de coragem e força durante todo o percurso dessa caminhada e pelas leituras de textos em língua inglesa.

À Doutora Christiane Sheila Leal Almeida Barreto por sua vasta experiência sobre o tema e contribuições nas interlocuções salutares.

À professora Bianka Souza Martins Silva pelas contribuições no processo de construção dos saberes.

Ao professor David Félix Junior por sua escuta sensível no momento de dúvidas.

À equipe do NNEPA pela acolhida, pelos ensinamentos e pelos momentos também de descontração nas confraternizações, saindo da rotina do trabalho. Em especial, a Naysa Farias Barros, Larissa Santana de Jesus, Caroline Andrade Araújo e Rebeca Ribeiro Ferreira.

À professora Alexandra Patrocínio Nogueira por sua revisão textual.

À bibliotecária Kioko Kusuki de Oliveira, do Instituto de Ensino e Pesquisa d Hospital Israelita Albert Einstein (São Paulo, SP), pelo seu aporte na aquisição de material bibliográfico.

A Alexandra Vilas Boas Souza de Almeida por suas valiosas contribuições na área de informática e de trabalhos gráficos.

Ao bibliotecário Luís Ricardo Andrade da Silva por sua cooperação técnica.

Ao Analista de Tecnologia da Informação, Leandro Moura Santos, meu especial, muito obrigada.

A todos os colegas do curso de mestrado em Saúde Coletiva, da turma de 2016.

Aos funcionários da secretária do mestrado, Goreti e Jorge, pelo respeito e profissionalismo no trato dos afazeres acadêmicos com os mestrandos.

A todos, familiares e amigos que contribuíram para que minha vitória fosse concretizada.

MUITO OBRIGADA!

Dailma Ferreira Carneiro

“Não é a ‘genialidade’ que realmente conduz ao sucesso, mas uma combinação única de paixão, determinação e perseverança, garra. Essa garra que nos leva às mais impressionantes realizações.”

Angela Duckworth (2016)

RESUMO

Introdução – Na adolescência, a taxa de mortalidade por causas externas é elevada, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos, por maior exposição a situações de risco. A vivência em comunidades pobres, sem acesso à maioria dos serviços públicos, pode aumentar a vulnerabilidade às causas de morte, em geral, e às causas externas de morte, em particular.

Objetivo – Descrever o perfil de mortalidade de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, em Feira de Santana (BA), no período de 2007 a 2016. *Métodos* – Este é um estudo descritivo de série temporal, que analisou dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no período de 2007 a 2016, referentes à população na faixa etária de 10 a 19 anos, residentes em Feira de Santana (BA). Foram identificadas as causas de morte e calculadas as taxas de mortalidade e respectivas curvas de incidência de óbitos por faixa etária e por causa.

Resultados – Homicídio foi a causa de morte que predominou entre os adolescentes de 15 a 19 anos, do sexo masculino, de cor parda e preta, com baixa escolaridade. Com relação às causas naturais, as neoplasias se destacaram na faixa etária de 10 a 14 anos. O coeficiente de óbito por homicídio foi de 62,5/100.000 em 2007 e alcançou 92,7/100.000 em 2015, com pico de 149,4/100.000 em 2010, na faixa etária de 15 a 19 anos. *Conclusão* – Observou-se que, na faixa etária de 15 a 19 anos, as causas externas foram as mais frequentes, destacando-se os homicídios, e, entre as causas naturais, as neoplasias. Assim, a maioria dos óbitos nessa faixa etária pode ser evitada com adoção de medidas preventivas e de educação em saúde, por meio de políticas públicas voltadas para essa faixa e do maior comprometimento das autoridades dos setores de saúde e segurança pública.

Palavras-chave: Mortalidade. Adolescentes. Causas externas. Políticas públicas.

ABSTRACT

Introduction – In adolescence, the mortality rate for external causes is high, especially in the age range from 15 to 19 years old, with greater exposure to risk situations. The experience in poor and/or stigmatized communities, without access to public services and on the effect of social inequalities, it may cause greater vulnerability to the causes of death in general and the external causes of death in particular. *Objective* – describing the mortality profile of teenagers between 10 to 19 years, according to sociodemographic variables and causes groups, in Feira de Santana, Bahia, from 2007 to 2016. *Methods* – Descriptive time series study that analyzed the data of the Mortality Information System (MIS), from 2007 to 2016, concerning the population in the age group of 10 to 19, residents in Feira de Santana, Bahia. The causes of deaths have been identified and the mortality rates and their death incidence curves by age group and death cause were calculated. *Results* – Homicide was the cause of death that prevailed among teenagers aging from 10 to 19, male, race/skin color: brown and black, with low schooling. With regard to non-external causes, neoplasms were highlighted in both age groups. The death coefficient for murder was 62,5/100,000 in 2007 and reached 92,7/100,000 in 2015, with a peak of 149,4/100,000 in 2010, in the age range of 15 to 19. *Conclusion* – It was observed that in the age range of 15 to 19, the external causes were the most frequent, highlighting the murders, and, among the non-external causes, the neoplasms. Thus, most deaths in this age group can be avoided by adopting preventive and health education measures, by means of public policies, focused on the studied age group and the greater commitment of the Public Health Department and Public Security Department.

Key words: Mortality. Adolescents. External causes. Public Policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** – Coeficientes de incidência de óbitos por causas externas, em adolescentes, segundo faixa etária de 10 a 14 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015 68
- Gráfico 2** – Coeficientes de incidência de óbitos por causas naturais, em adolescentes, segundo faixa etária de 10 a 14 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015 69
- Gráfico 3** – Coeficientes de incidência de óbitos por causas externas, em adolescentes, segundo faixa etária de 15 a 19 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015 69
- Gráfico 4** – Coeficientes de incidência de óbitos por causas naturais, em adolescentes, segundo faixa etária 15 a 19 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015 70

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Distribuição dos óbitos nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo sexo, raça ou cor, escolaridade e local de ocorrência, Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 60
- Tabela 2** – Distribuição das causas dos óbitos por sexo, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 61
- Tabela 3** – Distribuição causas dos óbitos por raça e sexo, na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 63
- Tabela 4** – Distribuição causas dos óbitos por raça e sexo, na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 64
- Tabela 5** – Distribuição causas dos óbitos por escolaridade e sexo, na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 66
- Tabela 6** – Distribuição causas dos óbitos por escolaridade e sexo, na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016 67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	American Psychiatric Association
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
ATT	Acidente de Transporte Terrestre
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CGIAE	Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
CID10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CVLIs	Crimes Violentos Letais Intencionais
DAC	Doença do Aparelho Circulatório
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIS	Diretoria de Informação em Saúde
DIVEP	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DO	Declaração de Óbito
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde

MVCI	Morte Violenta por Causa Indeterminada
NHE	Núcleo Hospitalar de Epidemiologia
NNEPA	Núcleo de Estudos e Pesquisas na Infância e Adolescência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PA	Pressão Arterial
PJV	Plano Juventude Viva
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNRH	Pacto Nacional pela Redução de Homicídios
PNRMAV	Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência
PSE	Programa Saúde nas Escolas
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
SUVISA	Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde
SVS	Sistema de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPP	Unidade de Polícia Pacificadora
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO	21
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	REVISÃO DE LITERATURA	23
4.1	ADOLESCENTES E VULNERABILIDADE	23
4.2	PANORAMA DA MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA	25
4.3	CAUSAS DE MORTES NA ADOLESCÊNCIA	30
4.3.1	Óbitos por causas externas	30
4.3.2	Óbitos por causas naturais	39
4.4	POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES PARA PREVENÇÃO DOS ÓBITOS PRECOSES DE ADOLESCENTES	47
5	MATERIAIS E MÉTODOS	53
5.1	TIPO DE ESTUDO	53
5.2	FONTE DE DADOS	53
5.3	ÁREA DE ESTUDO	54
5.4	POPULAÇÃO DE ESTUDO	54
5.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	55
5.6	INSTRUMENTO DE COLETA	55
5.7	VARIÁVEIS DO ESTUDO	55

5.8	ANÁLISE DE DADOS	57
5.9	ASPECTOS ÉTICOS	58
6	RESULTADOS	60
7	DISCUSSÃO	71
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	96
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEFS	98

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta. Esse período é permeado por múltiplas transformações nos níveis físicos, neuroquímicos, cognitivos, emocional e comportamental. Os limites cronológicos adotados para a demarcação da adolescência apresentam algumas variações. A Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) consideram o período de 10 a 19 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) demarca a adolescência como o período que vai de 12 aos 18 anos e prevê a extensão até 21 anos (MACEDO; PETERSEN; KOLLER, 2017).

Além disso, essa fase se caracteriza por crescimento e desenvolvimento, o que determina intensas transformações biopsicossociais, necessárias para que o indivíduo possa assumir o papel de adulto na sociedade (LEAL; SILVA, 2014; SAITO; QUEIROZ, 2014). Assim, a adolescência, por promover uma interação constante do desenvolvimento biológico com o psicoemocional, constitui uma fase de grande vulnerabilidade, a depender da cultura, entre outros determinantes. Em outras palavras, podemos entender que esse estágio do desenvolvimento se caracteriza por mudanças nas esferas biológica, psicológica, cognitiva, social e ambiental, todas elas vinculadas à herança genética e ao determinismo social.

Destaca-se que, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) corrobora a concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define adolescência como a fase da vida compreendida entre 10 e 19 anos, e a juventude entre 15 e 24 anos. Assim, há, portanto, uma junção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude, embora, de maneira geral, a juventude seja situada entre 15 e 29 anos (SOUZA et al., 2013). Esta fase é marcada por diversas mudanças na área biopsicossocial, bem como se caracteriza como um período de vulnerabilidade. A partir desse momento, vínculos parentais são rompidos e outros são construídos e valorizados pelos adolescentes, geralmente vínculos entre seus pares (HAACK et al., 2012).

Sabe-se que existem tantos fatores de risco como de proteção que influenciam a vivência dos adolescentes. Entre os fatores de risco, podemos citar aqueles que se relacionam com o objeto desta pesquisa, tais como fatores socioeconômicos, constituição e estrutura familiar, bem como uso de bebidas alcoólicas e substâncias psicoativas, entre outros. Como consequência, os óbitos por causas violentas tendem a crescer nessa faixa etária (MARTINS, 2013).

Na adolescência, a taxa de mortalidade por causas externas é elevada, especialmente na faixa etária de 15 a 19 anos, com maior exposição a situação de risco. A vivência em comunidades pobres e (ou) estigmatizadas, sem acesso ao consumo e a serviços públicos e sob efeito de desigualdades sociais, pode ocasionar maior vulnerabilidade às causas de morte precoce e violência (MANSANO et al., 2013). Entretanto, transcendendo seu contexto social e cultural, adolescentes de classe média também se expõem e são envolvidos em eventos de violência. Ademais, os fatores de risco internos, marcados por diversas mudanças de cunho biopsicossocial, podem ampliar a vulnerabilidade para lidar com o momento de crise, o que pode comprometer outras fases do desenvolvimento (HAACK et al., 2012).

No que concerne aos dados sobre morbidades e mortalidade na adolescência, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde registrou 59.080 homicídios no Brasil, em 2015, o que equivale a uma taxa de 28,9 por 100 mil habitantes. A proporção de óbitos causados por homicídios, como causa de mortalidade da juventude masculina, 15 a 19 anos, atinge 53,8%. A evolução dessas taxas de homicídios, ao longo do período entre 2005 e 2015, ocorreu de forma diferenciada entre as regiões brasileiras. Por exemplo, houve uma diminuição nas taxas de homicídio no Espírito Santo (-27,6%), no Paraná (-23,4%) e em Alagoas (-21,8%). Entretanto foi verificado um crescimento das taxas de homicídios, nos últimos cinco anos, nos estados de Sergipe (+77,7%), do Rio Grande do Norte (+75,5%), do Piauí (+ 54,0%) e do Maranhão (52,8%) (CERQUEIRA et al., 2017).

De acordo com dados epidemiológicos do Sistema de Informações do MS, a Bahia é o 7º estado brasileiro que apresenta o maior índice de mortalidade por homicídios, atingindo o número de 89,6/100 mil habitantes entre 2005 a 2015. Essa incidência é mais frequente entre os homens de 15 a 19 anos e de cor negra. Dentre os municípios que compõem o estado da Bahia, os índices mais elevados de violência ocorrem entre adolescentes e jovens. Entre os municípios mais violentos em 2015, citam-se as seguintes taxas por 100 mil habitantes: Lauro de Freitas, 92,5; Porto Seguro, 84,6; Simões Filho, 84,1; Teixeira de Freitas, 72,2; Camaçari, 72,1; e Alagoinhas, 66,7 (CERQUEIRA et al., 2017).

Outros dados epidemiológicos estão relacionados com os acidentes de transporte, o suicídio e o homicídio, especialmente na faixa etária de 16 e 17 anos. Conforme Waiselfisz (2015), os acidentes de transporte passaram de 661, em 1980, para 1.136 em 2013, o que representa um aumento de 71,9%. Por sua vez, os suicídios, aumentaram de 156 para 282, um crescimento de 80,8%; os homicídios passaram de 506 para 3.749, um aumento de 640,9 %. Atualmente, os homicídios, no caso de adolescentes entre 16 e 17 anos, representam quase a metade da mortalidade nessa faixa etária, e a evolução da violência aponta para previsões

preocupantes, tendo como tendência um aumento ainda maior no futuro (WAISELFISZ, 2015).

Com relação às causas naturais, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), as neoplasias estão em destaque, seguida das causas infecciosas, infecções do sistema nervoso central, doenças dos sistemas circulatório e respiratório e, por fim, as causas mal definidas (MELLO JORGE, 2014). De acordo com a World Health Organization (WHO)(2011), o câncer causa mais mortes do que todas as doenças coronarianas ou o conjunto de todos os acidentes vasculares cerebrais, com expectativa para aumento crescente até 2025 em mais de 20 milhões de novos casos em âmbito mundial (FERLAY et al., 2015). Além disso, as taxas de transições demográficas e epidemiológicas apontam para um elevado crescimento de casos de câncer nas próximas décadas, em países em desenvolvimento, ou seja, de baixa e média renda, a exemplo de países africanos, assim como nos países populosos como os asiáticos (FERLAY et al., 2015).

No intuito de intervir em situações de violência contra os adolescentes e jovens e entre eles mesmos, as agências governamentais, especificamente nas áreas de gestão de saúde, educação e justiça, buscaram articular ações integralizadas para o combate e a prevenção da violência. Para tanto, criaram algumas estratégias para redução da mortalidade juvenil. Entre as ações destinadas à diminuição de mortes violentas nessa população, algumas merecem destaque, como o Plano Juventude Viva, a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidente e Violências e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Diante desse cenário de tendência da mortalidade entre adolescentes, surgiram, em Feira de Santana, inquietações que motivaram este estudo. A relevância desta pesquisa se configura no propósito de realizar um levantamento de dados epidemiológicos que possam contribuir com estratégias de prevenção e controle desses óbitos e de eventos com agravos evitáveis. Para tanto, há o interesse de serem estudados os indicadores relacionados à mortalidade desses adolescentes no município de Feira de Santana (BA).

Nesse sentido, o presente estudo se justifica em razão dos índices preocupantes de causas externas e causas naturais de mortalidade entre adolescentes, as quais se constituem em um problema social complexo e multifacetado. Minayo (2013) afirma que, nos últimos 20 anos, no Brasil, observa-se uma mudança no perfil de doenças e no contexto das taxas de mortalidade e morbidade. Ou seja, as doenças crônicas e degenerativas, bem como os agravos provocados por violência e acidentes têm tomado o lugar das enfermidades infecciosas (MINAYO, 2013).

A motivação pessoal se vincula à experiência profissional da autora no Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE) de um hospital público de Feira de Santana (BA). Essa realidade a impulsionou a aprofundar estudos sobre o tema de pesquisa, vislumbrando contribuir para a elaboração de indicadores locais e subsidiar ações e políticas de proteção social e prevenção direcionadas à adolescência.

2 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Considerando o contexto explicitado para este trabalho, as perguntas de pesquisa que se apresentam são as seguintes.

– *Qual o perfil dos óbitos dos adolescentes de 10 a 19 anos, em de Feira de Santana (BA)?*

– *Qual o comportamento das taxas de mortalidade e a incidência de óbitos entre adolescentes de 10 a 19 anos, em Feira de Santana (BA)?*

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Descrever o perfil de mortalidade de adolescentes da faixa etária de 10 a 19 anos, em Feira de Santana (BA), no período de 2007 a 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil de mortalidade entre adolescentes de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, em Feira de Santana (BA), no período de 2007 a 2016.
- Calcular coeficiente de incidência de óbitos de adolescentes com idade de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, em Feira de Santana (BA), no período de 2007 a 2015.
- Instrumentalizar as autoridades de saúde e segurança pública com informações que auxiliem a execução e o controle das ações do governo estadual em prol da prevenção e do enfrentamento das causas de mortalidade dos adolescentes de Feira de Santana (BA).

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ADOLESCENTE E VULNERABILIDADE

Estudiosos dividem a adolescência em dois períodos: de 12 a 15 anos e de 15 a 18 anos (CLOUTIE; DRAPEAU, 2012). Nessas faixas etárias, ocorrem transformações amplas, rápidas e variadas, que abrangem as esferas biológicas, psicológicas e sociais (CUNHA; SANTOS, 2013). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Artigo 2º, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos, e define adolescente como a pessoa com idade entre 12 a 18 anos (FERREIRA et al., 2013). Por outro lado, o Ministério da Saúde segue a OMS e demarca a faixa etária de 10 a 19 anos como adolescência, a qual é subdividida em duas fases – pré-adolescência (10 a 14 anos) e a adolescência propriamente dita (15 a 19 anos) – e considera jovem o grupo etário entre 15 a 24 anos (BRASIL, 2013a).

Já o Estatuto da Juventude (BRASIL, 2013b), em vigor no Brasil, estende esse período um pouco mais, denominando jovens pessoas com 15 a 29 anos. O presente estudo considerou “jovem” a população de 15 a 29 anos de idade, como é estipulado pelo Estatuto da Juventude vigente no Brasil desde 2013. No entanto, para esta pesquisa, foi feito um recorte na faixa etária de 10 a 19 anos.

De acordo com resultados de pesquisas, no Brasil, em 2020, a projeção para a população adolescente de 10 a 19 anos, é de 34.353.042, representando um crescimento absoluto de 3,3%, entre 2005 a 2020. Esse grupo representa 16,3% da população brasileira (CUNHA; SANTOS, 2013).

O termo adolescência vem da palavra latina *adolescencia*, de *adolescere*, que significa “crescer para” (ad: para, *olescere*: aumentar, crescer). Caracteriza-se como um estágio intermediário, que separa a infância e a idade adulta (CLOUTIE; DRAPEAU, 2012). É nessa fase que ocorre a formação da identidade adulta, a vinculação ao grupo de iguais e o desempenho de novos papéis sociais. Para isso, é fundamental o desenvolvimento da autoestima e da autoconfiança. A adolescência é uma preparação para a vida adulta, que se caracteriza pela fragilidade das transformações físicas, cognitivas e psicossociais (HAACK et al., 2012).

Assumpção Júnior (2014) afirma que o período da adolescência se caracteriza como aquele em que os indivíduos podem ser considerados como “seres em aberto”, ou seja, com possibilidade de transformações físicas, psíquicas, cognitivas e afetivas. Desse modo, essas características marcam um momento de crise, em que a aventura, a transgressão e a busca pela

originalidade são fundamentais, as quais, por sua vez, são postas como uma forma de oposição ao mundo adulto organizado.

Na adolescência, um aspecto importante a ser considerado é que, embora exista um processo psíquico em curso, a vivência desse período é também produto de um momento histórico e do meio sociocultural, e cada indivíduo a realiza de maneira singular. A globalização e a ênfase no consumo têm ensejado mudanças de valores e modificado o comportamento das pessoas, principalmente dos adolescentes, com predominância do individualismo e das leis de mercado. Por outro lado, por estar vivendo um momento de grandes transformações, o adolescente é também um grande crítico dos valores vigentes (BRASIL, 2013a).

Segundo Knobel (1993), existem três lutos ou perdas que o jovem deverá elaborar: a perda do corpo infantil, a dos pais da infância e a identidade infantil. Eles foram denominados de Síndrome da Adolescência Normal e compreendem: busca de si mesmo e de sua identidade; tendência grupal; necessidade de intelectualizar e fantasiar; tendência ao extremo; deslocação temporal; atitude social reivindicatória; evolução sexual desde o autoerotismo até a heterossexualidade; contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta; e constantes flutuações de humor.

O adolescente vive certa “estranheza” de já não saber quem e como ele é, e passa por um período de reconhecimento de si mesmo. Nesse sentido, o grupo de pares será o grande apoio do adolescente em sua construção da independência dos pais e do desligamento do núcleo familiar para o âmbito social, pois todos estão vivendo o mesmo processo e se sentem mais seguros, protegidos e amparados. Dessa maneira, o grupo representa, de certa forma, sua própria identidade. O desenvolvimento do pensamento abstrato torna o adolescente capaz de intelectualizar, possibilitando a reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Muitas vezes, ele usa mecanismos, ou lança mão da fantasia para fugir de uma realidade difícil de enfrentar, como a crise religiosa. Por isso, os adolescentes podem oscilar do ateísmo radical ao fanatismo religioso (KNOBEL, 1993).

A busca da identidade adulta leva o adolescente a experimentar diferentes papéis, muitas vezes contraditórios. Sua conduta é direcionada para uma ação impulsiva e imprevisível, tanto do seu mundo externo como interno. Por isso, o desligamento dos pais faz parte da evolução do ser humano em direção à independência e autonomia. No entanto esse processo pode levar à angústia e ao sofrimento tanto dos pais como dos adolescentes (KNOBEL, 1993).

Para a estruturação da identidade e da personalidade, é relevante que haja interação dos membros do grupo na adolescência. O grupo assume um importante papel na vida de cada adolescente, por contribuir em sua formação identitária. Para conquistar sua independência e ser aceito pelo grupo ao qual ele pertence ou quer pertencer, o adolescente pode se sujeitar às regras impostas por esse grupo, como usar drogas e (ou) praticar atos ilegais (HAACK et al., 2012).

Ao longo do desenvolvimento, os adolescentes sofrem influências positivas e negativas do meio em que estão inseridos. Crescer num contexto de pobreza, ter acesso ao consumo de substâncias psicoativas, vivenciar eventos de violência, ter ruptura na família de origem, perdas de pessoas importantes e ter acesso a uma rede de apoio social e afetiva fragilizada (considerados eventos estressores) podem prejudicar o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Indivíduos que apresentam ausência de possibilidades e expectativas positivas para superar desafios e obstáculos podem sinalizar um agravante para a vulnerabilidade, dificultando, assim, o desenvolvimento e o fortalecimento dos processos de resiliência, ou seja, de adaptação positiva (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012; HAACK et al., 2012).

O conceito de vulnerabilidade social conduz à ideia de fragilidade e dependência, que está associada, principalmente, a crianças e adolescentes de menor nível socioeconômico. Em determinada situação, esse estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, como o abalo do estado psicológico, social ou mental (FONSECA et al., 2013). No Brasil, as principais vulnerabilidades que acometem os adolescentes são os riscos inerentes aos problemas relacionados ao alcoolismo, ao local de moradia, à falta de disponibilidade de espaços destinados ao lazer, à proximidade de pontos de tráfico de drogas.

4.2 PANORAMA DA MORTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Os jovens entre 10 e 24 anos representam quase 25% da população mundial, isto é, somam cerca de 1,8 bilhão, de acordo com o relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (JOVENS..., 2014), sobre o estado da população mundial de 2014, sendo que nove em cada dez jovens, nessa faixa etária, encontram-se em países menos desenvolvidos. No Afeganistão, no Timor-Leste e em 15 países da África Subsaariana, metade da população possui menos de 18 anos. O fato de a maior parte da juventude residir em países menos desenvolvidos é preocupante, por conta da situação de vulnerabilidade a que esses jovens estão expostos (JOVENS..., 2014).

No primeiro ano de vida, as mortes por causas naturais representam a quase totalidade (97,1 % do total de óbitos), mas essa proporção vai caindo rapidamente até os 14 anos de idade, quando as causas externas ultrapassam as naturais, alcançando seu pico aos 18 anos. Nessa faixa etária, as causas externas representaram 77,5 % do total de mortes de jovens no ano de 2013. Nesse mesmo ano, foi registrado um total de 8.153 mortes de adolescentes de 16 e 17 anos de idade: 73,2% por causas externas e 26,8 % por causas naturais (WAISELFISZ, 2015).

Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos, provocadas por cardiopatias, pneumopatias, acidentes cerebrovasculares, câncer e diabetes, doenças evitáveis. Nesse sentido, é importante destacar as metas mundiais que visam à redução da carga de DCNT, mediante políticas governamentais para restringir o consumo do tabaco e do álcool, o uso de dietas pouco saudáveis e o sedentarismo. No Brasil, a taxa de mortalidade por DCNT está diminuindo 1,8% ao ano, devido à ampliação da atenção primária à saúde. O relatório da OMS informa que as DCNT estão superando as doenças infecciosas e ocorrem em países de renda média e baixa (BRASIL, 2015).

A expectativa de vida no Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem alcançado um importante aumento nas últimas décadas, passando de 70,46 em 2000 para 73,48 em 2010. No entanto, concomitantemente a esse processo, observa-se um aumento da prevalência de doenças crônicas e o crescimento de óbitos por causas externas, as quais ocupam, atualmente, a primeira posição entre as causas de morte no País (SILVA; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2016).

Mortalidade refere-se ao conjunto dos indivíduos que morrem em um dado intervalo de tempo. O risco ou a probabilidade de qualquer pessoa vir a morrer em decorrência de uma doença ou agravo, como no caso das causas externas, é calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Os indicadores relativos às causas externas passaram a ser usados para medir o grau de desenvolvimento e de estilo de vida das sociedades contemporâneas (SOUZA; LIMA, 2013). A morte está presente no cotidiano, é inevitável, pois não está distante da realidade de cada um de nós. Para Kovács (1992), quando ocorrem mortes de maneira inesperada e traumática, o choque e o estresse são maiores, pela ruptura brusca e pela falta de preparo do enlutado durante a perda.

No Brasil, segundo dados do Censo 2010 do IBGE (2010), a geração de jovens de 15 a 24 anos atinge um total de 34,23 milhões de pessoas (20,16%). A gravidade dos problemas

que afetam esse grupo torna urgente a realização de pesquisas que contribuam para avaliar e qualificar ações envolvendo a juventude (SOUZA et al., 2013).

É costume se pensar o Brasil como um país de jovens, embora essa realidade esteja mudando. De 2020 a 2050, a proporção de indivíduos entre 15 a 29 anos diminuirá sensivelmente. Estima-se que a população de homens entre 15 a 29 anos se reduzirá até 2050 de forma substancial, e isso ocorrerá devido aos elevados índices de homicídios que acometem essa faixa (CERQUEIRA; MOURA, 2015). O percentual de jovens no Brasil já foi maior: em 1980, existia um menor número de jovens entre 15 a 29 anos, cerca de 34,5 milhões, mas, no total dos 119,0 milhões de habitantes da época, eles representavam 29,0% (WAISELFISZ, 2014).

Conforme Waiselfisz (2016), a estimativa aponta para um número de 25 mil jovens de 15 a 29 anos, sendo 53% adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos e 14,8% adolescentes do sexo feminino, afetados pelos homicídios por armas de fogo, no Brasil, em 2014. Trata-se de um aumento de quase 700% em relação aos dados de 1980. Conseqüentemente, o Brasil já ocupa a 10ª posição em número de homicídios de jovens entre os 100 países analisados. Já com relação aos óbitos por homicídio na faixa etária de 10 a 14 anos, em 2015 a taxa encontrada na literatura é de 17,5% entre os adolescentes masculinos e 6,1% entre aqueles do sexo feminino (CERQUEIRA et al., 2017).

Em algumas capitais do Brasil, a exemplo de Aracaju, Belém, Porto Alegre, Rio Branco, Natal, Macapá e São Luís, houve um aumento de 3,8 % de homicídios entre os jovens, em relação ao ano de 2015. Já no interior, os assassinatos cresceram 6% de um ano para outro. Em 2016, 14.491 assassinatos do país ocorreram, em várias capitais, contra 42.933 nas demais cidades dos estados. Esses números excluem mortes em intervenções da polícia. Especialistas em segurança pública chamam de “interiorização da violência” o fenômeno de assassinatos terem se deslocado das capitais, tradicionalmente violentas em suas periferias, para crescer em direção a municípios menores (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Além dos jovens e adolescentes do sexo masculino, têm sido registrados dados novos de impacto social muito relevante. Trata-se do feminicídio, ou seja, uma nova modalidade de homicídio, a qual se caracteriza quando há crime contra a mulher. Os números têm crescido de forma alarmante em todo o Brasil. Em 2016, 4.657 mulheres foram assassinadas. Embora o número tenha sido elevado, somente 553 casos foram classificados como feminicídio. Isso mostra que há dificuldades de as autoridades mensurarem, reconhecerem e classificarem esse novo tipo de homicídio (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Conclui-se, então, que o levantamento desses homicídios revela a necessidade de melhorar os registros.

A incidência de homicídios, que ceifa a vida de 3.749 jovens, apresenta-se como mais relevante entre as mortes por causas externas, pois representa 46% do total de mortes acontecidas nessa faixa, ou quase a metade (WAISELFISZ, 2015). Com base nos relatórios do IPEA, dois indicadores de causa de mortes são registrados, a saber: agressões e mortes violentas por causa indeterminada (MVCI), dados obtidos através do SIM. Os dados revelam que, no Brasil, os percentuais foram: 5,1% para mortes por agressões e 17,9% para mortes violentas com causas indeterminadas (CERQUEIRA et al., 2016).

Em muitos municípios, o número de mortes violentas por causa indeterminada (MVCI) pode ocultar o verdadeiro nível de agressão letal por terceiros (homicídios), a exemplo do que ocorre no município de Barreiras (BA). O registro oficial indica que lá, em 2015, ocorreu apenas uma morte por agressão (homicídio). Entretanto, nesse referido município, no mesmo ano, ocorreram 119 MVCI, o que equivale a uma taxa de 77,3 MVCI por 100 mil habitantes. Um alto índice de MVCI faz aumentar a margem de possibilidades de a taxa de homicídio estar oficialmente subnotificada (CERQUEIRA et al., 2017).

Vale ressaltar que os municípios mais violentos em 2015, com mais de 100 mil habitantes, são Altamira, no Pará, que lidera a lista, com taxa de homicídios mais MVCI de 107% (sendo, a taxa de homicídios 105,2 e a taxa de MVCI 1,8), seguido de Lauro de Freitas, na Bahia, com 97,7%, (taxa de homicídios 92,5 e taxa de MVCI 5,2). Já no município de Feira de Santana, que ocupa a 30ª posição, a taxa de homicídios é 35,3% e taxa de MVCI 33,2, totalizando 68,5% (CERQUEIRA et al., 2017). Outros fatores a serem considerados são as limitações inerentes ao uso de dados secundários, bem como a qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Apesar de ter havido uma melhora na cobertura do SIM e no Registro da causa básica do óbito, observa-se um elevado número de mortes por acidente de transporte terrestre (ATT) codificadas na categoria “Violência de intenção indeterminada”, o que desfigura os resultados encontrados (ALMEIDA et al., 2013).

Devido ao valor expressivo das agressões (homicídios) na fase da adolescência, as maiores taxas (94,5%/100 mil adolescentes em 2004, e 138,9 %/100 mil adolescentes em 2014) concentram-se na população do sexo masculino, de raça ou cor negra, na faixa etária de 15 a 19 anos. Situação semelhante, mesmo com valores diferentes – 5,3% em 2004 e 8,0 % em 2014 – pode ser verificada também no grupo etário dos 10 a 14 anos. No grupo do sexo feminino, tanto na faixa etária de 10 a 14 quanto de 15 a 19 anos, para o ano de 2014, a maior

taxa foi verificada no grupo de raça ou cor indígena – 7,9 em 2004 e 19,0 em 2014, respectivamente (BRASIL, 2017).

Também, em acidente de transporte terrestre, a *causa mortis* de condutores com menos de 18 anos destacou-se para o público adolescente. Houve um incremento de 88 casos em 2004 para 976, em 2014, o que significou elevação de 9,8 do coeficiente (x 1.000 óbitos de condutores) nesse período (BRASIL, 2017).

O Brasil vive um período de transição epidemiológica para a violência desde a década de 80, na qual as causas externas de mortalidade afetaram predominantemente os homens jovens, na faixa etária entre 10 a 39 anos, que vivem nas capitais ou zonas metropolitanas, sendo esse perfil encontrado também em algumas cidades do interior dos estados (MELO; SÁ; PRATA SOBRINHO, 2016).

Na Bahia, de acordo com a SUVISA/ DIVEP, têm sido anotados dados preliminares de causas externas e outras causas de morte, bem como o número de óbitos por faixa etária de residentes no município de Feira de Santana. No período de 2006 a 2016, na faixa etária de 10 a 19 anos, ocorreram 1.347 óbitos e, na faixa etária de 20 a 29 anos, 2.908 óbitos. Nessa última faixa etária, observa-se um número crescente (BAHIA, 2017a).

O município de Feira de Santana possui uma área urbana com 44 bairros e 62 sub-bairros, perfazendo uma dimensão total de aproximadamente 163,2 km² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Os territórios críticos para a ocorrência de causas externas, com maior número de homicídios, são: Tomba, Aviário, Centro, Queimadinha, Baraúna, Conjunto habitacional Feira X, Conceição e Mangabeira. E também os novos condomínios criados pelo Programa Minha Casa, Minha Vida, nos bairros de Conceição, Mangabeira e Aviário. Nessas localidades, a invasão das novas residências por parte de traficantes tem se tornado recorrente (SOUZA et al., 2016).

Os homicídios, em Feira de Santana, têm como causa principal o tráfico de drogas e são motivados pela disputa territorial para esse comércio e dívidas com os traficantes. Acredita-se que as principais raízes da violência e, conseqüentemente, as causas que levam os jovens ao crime estão relacionadas às precárias condições de vida a que estão submetidos e à vulnerabilidade das famílias. Dentre essas condições, destacam-se: renda familiar insuficiente para o sustento da família ou sua total ausência; fome; falta de moradia; a carência de atenção à saúde; uso de drogas ilícitas; desamor por parte dos familiares e amigos; e, por fim, a exclusão social. É nesse cenário que muitos adolescentes e jovens são aliciados por traficantes, dando início a seu envolvimento com atividades ilícitas, em especial com o tráfico de entorpecentes (SOUZA et al., 2016).

De acordo com a Delegacia de Homicídios de Feira de Santana, o perfil das vítimas e dos autores dos homicídios compreende, majoritariamente, as seguintes características: pessoas do sexo masculino; jovens na faixa etária de 14 a 20 anos; negros; pobres; e com algum envolvimento com tráfico de drogas; sem ou com baixa escolaridade (SOUZA et al., 2016).

4.3 CAUSAS DE MORTES NA ADOLESCÊNCIA

4.3.1 Óbitos por causas externas

O drama da juventude perdida possui duas faces. De um lado, a perda de vidas humanas e, do outro, a falta de oportunidades educacionais e laborais, condenando os jovens a uma vida de restrição material e de anomia social, o que termina por impulsionar a criminalidade violenta (CERQUEIRA et al., 2017).

Um estudo comparativo entre Brasil e Argentina, sobre a mortalidade de adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, assinala que, no período de 2007 a 2009, adolescentes masculinos, na Argentina, apresentaram as seguintes proporções de causas de morte: acidente de transporte, 21%; suicídio, 18%; doenças transmissíveis e não transmissíveis, 10%. Já no Brasil, no mesmo período, para o sexo masculino e a mesma faixa etária, a causa de morte por violência registrou 54%; acidente de transporte, 19%; causas externas não intencionais, com exceção de acidente de transporte, 15%; e as demais causas com incidência de 5 % dos óbitos evitáveis (CABREIRA; PIZARRO; PUJOL, 2013).

No contexto da adolescência e da juventude no Brasil, as altas taxas de mortalidade por causas externas são atribuídas aos homicídios, nos quais os jovens predominam como agressores e como vítimas, e, nesse caso, as desigualdades são relevantes entre os determinantes dos atos violentos. Grande parte dos jovens brasileiros se encontra em situação de pobreza e necessita de inserção no grupo prioritário de atenção à saúde para receber atendimento por meio de ações de prevenção e promoção da saúde. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2013 evidenciaram que um em cada cinco jovens não frequentava escola de ensino regular e não trabalhava (NEVES; GARCIA, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) define como acidente “evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no âmbito doméstico ou nos outros ambientes sociais, como do trabalho, do trânsito, da escola, de esportes e o de lazer.” (BRASIL, 2001). Ainda segundo o MS, entende-se por violência o evento representado por ações realizadas

intencionalmente por indivíduos, grupos, classes ou nações, que ocasionam, a si próprios ou a outros, danos físicos, emocionais, morais e (ou) espirituais. Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (MATOS; MARTINS, 2013).

Verifica-se que o grupo de causas externas, de modo geral, corresponde a quase 15% do total dos óbitos. Na faixa de 10 a 14 anos, a taxa de mortalidade do sexo masculino é mais elevada do que a do sexo feminino da mesma idade, e esse índice se acentua, significativamente, no grupo de 15 a 19 anos, o que põe em evidência as condutas de risco assumidas por indivíduos dessa faixa etária (MELLO JORGE, 2014). Seguindo a lógica desse autor, podemos constatar que:

[...] é importante salientar que, na faixa etária (10 a 14 anos), os acidentes (transporte e outros) aparecem como os mais notórios entre os tipos de causas externas, no segundo grupo de (15 a 19 anos), são os homicídios que ocupam o lugar preponderante, responsáveis pela quase metade das mortes por causas não naturais nessas idades. As taxas de mortalidade por acidente de transporte são mais elevadas no sexo masculino, em uma relação de 2 e 3,5, respectivamente, nas faixas de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, sendo que o atropelamento assume a posição de destaque. (MELLO JORGE, 2014, p. 610).

Nessa mesma direção, Salim e colaboradores (2016) afirmam que o predomínio do sexo masculino na mortalidade por causas externas é justificado pela maior exposição de indivíduos desse sexo a fatores de risco, como consumo de álcool, fumo ou outras drogas, uso de armas de fogo ou brancas, evasão escolar e inserção em atividades consideradas ilícitas. Esses eventos estão presentes com mais destaque entre os adolescentes, já que eles são mais suscetíveis aos agravos por causas externas (SILVA; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2016).

Arias Coronel (2014), afirma que, em 2010, havia 5,1 milhões de mortes por atos de violência, tais como acidentes, homicídios e suicídios. Assim, esse número total de mortes foi maior que o número de mortes por infecção pela síndrome de imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS). Conforme Costa e colaboradores (2017), a violência é um problema multifacetado, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Por essa razão, é necessário confrontá-la, simultaneamente, em diversos níveis. Para tanto, é preciso tratar de fatores de risco individuais, adotando-se medidas para modificar tais comportamentos de risco, criar ambientes familiares saudáveis, monitorar locais públicos, como escolas, locais de trabalho e bairros, entre outras estratégias de enfrentamento da violência.

A violência, nos diferentes contextos socioculturais e países, é conhecida como um importante problema social e de saúde pública, cuja magnitude e complexidade exige envolvimento dos diferentes atores e segmentos sociais para implantação de políticas e práticas profissionais de enfrentamento. (COSTA et al., 2017, p. 9).

Ainda seguindo o pensamento de Costa e colaboradores (2017), consideramos que, além das condições socioeconômicas e culturais, a falta de interação entre pais e filhos, ou a

ausência do pai, a existência de parentes com problemas psicopatológicos e problemas escolares constituem fatores que contribuem fortemente para a inserção dos jovens no mundo do crime (SOUZA et al., 2013).

As causas externas têm determinado um relevante impacto no Brasil e demais países, com consequências econômicas, sociais e emocionais que se traduzem em dias de ausência ao trabalho, custos para os serviços de saúde, demandas aos serviços sociais, perda de vida produtiva para as vítimas e familiares (MATOS; MARTINS, 2013). O enfrentamento do problema representado pelas causas externas é multifatorial, com raízes biológicas, psicológicas, sociais e ambientais, e deve envolver políticas e ações intersetoriais que alterem e melhorem as condições de vida de adolescentes e jovens. Conhecer a magnitude, as características e as tendências da mortalidade por causas externas pode proporcionar informações valiosas sobre a necessidade, a orientação e o desenvolvimento de políticas que visem a reduzir e prevenir agravos. Além disso, permite avaliar ações de saúde e seus impactos (MANSANO et al., 2013).

Dentre as causas externas, destacam-se os homicídios. Segundo o 11º Anuário do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2016), em 2016, registraram-se 61.619 mortes violentas intencionais. O Brasil registrou sete assassinatos por hora – crescimento de 3,8%. O Estado de Sergipe foi o que registrou a maior taxa de homicídios, com 64 mortes por 100 mil habitantes. A menor taxa de crimes violentos intencionais foi encontrada em São Paulo: 8,4 mortes por 100 mil habitantes. A publicação do FBSP aponta as sete capitais brasileiras em que foi registrado um maior número de homicídios por 100 mil habitantes em 2016: Aracaju, com uma taxa de 66,7 mortes; Belém com uma taxa de 64,9 mortes; Porto Alegre, 64,1 mortes; Rio Branco, 62,3 mortes; Natal, 62,2 mortes; Macapá, 55,9 mortes; e São Luís, 49,2 mortes (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017).

Quanto à questão étnica racial no Brasil, a taxa de homicídios de brancos foi de 24,2 por 100 mil. Já a taxa de adolescentes negros foi de 66,3 por 100 mil. A vitimização, nesse caso, foi de 173%. Proporcionalmente, morreram quase três vezes mais negros que brancos (WAISELFISZ, 2015). De cada 100 pessoas que sofrem homicídio no Brasil, 71 são negras. Jovens e negros do sexo masculino continuam sendo assassinados (CERQUEIRA; COELHO, 2017). Isso leva a crer que os adolescentes negros sofrem discriminação e preconceito, além dos fatores que envolvem a vulnerabilidade (urbanização desestruturada, aumento da desigualdade social, espírito de aventura e impulsividade, bem como excesso de imaturidade entre os adolescentes, e, por fim, o uso excessivo de substâncias psicoativas).

No Brasil, em 2015, 41.817 pessoas sofreram homicídio em decorrência do uso de armas de fogo, o que correspondeu a 71,9 % do total de casos. Na Europa, por exemplo, esse índice é da ordem de 21% (CERQUEIRA et al., 2017). Os países da América Latina se encontram em posições próximas à do Brasil, como o México, que ocupa o 13º lugar (2012), com uma taxa de 13,6; o Uruguai, uma taxa de 2,6 (2010), ocupando a 25ª posição; a Argentina (2012), que apresentou uma taxa de 2,5, ocupando a 26ª posição. Assim, conclui-se, que os países da Europa possuem uma taxa bem reduzida. Em 2012, a Suécia apresentou uma taxa de 0,2 (71ª posição), enquanto Espanha e Alemanha apresentavam uma taxa de 0,1, esta ocupando a 74ª posição e aquela, a 78ª. Países como Japão, Inglaterra e Reino Unido possuem taxa de homicídios zero, colocando-se na 84ª posição (WAISELFISZ, 2016).

Alguns estados apresentaram, no período de 2004 a 2014, uma redução bastante significativa no índice de homicídios, como Pernambuco (-20,6%), São Paulo (-46,0%), Rio de Janeiro (-28,7%) e Espírito Santo (-1,3%). Ressalta-se que, nesses estados, foram adotadas políticas públicas qualitativamente consistentes (CERQUEIRA et al., 2016). É interessante notar que Sergipe apresentou maior crescimento da taxa de homicídio por armas de fogo (85,1%) entre 2010 e 2015 (CERQUEIRA et al., 2017). Entre 2004 e 2014, houve uma diminuição na taxa de homicídios no estado de São Paulo, o qual possui 15 milhões de habitantes, ao passo que, nas localidades interioranas da Bahia, houve um crescimento acelerado, como em Senhor do Bonfim, com aumento de 1.136,9% e Serrinha, de 832,4%, colocando um grande desafio ao Pacto Nacional pela Redução de Homicídios.

Outras causas externas são consideradas, tais como: acidentes de transporte terrestre, traumatismos acidentais, suicídio, eventos cuja intenção é indeterminada e demais causas externas. De acordo com o Boletim Epidemiológico de Causas Externas, a Bahia é o 4º estado brasileiro que apresenta o maior índice de mortalidade por homicídios, atingindo o número de 41,5/100 mil habitantes. Essa incidência é mais frequente entre os homens de 14 a 29 anos, da cor negra (BAHIA, 2013). Contudo o número e a proporção de óbitos pelos principais grupos de causas externas no estado da Bahia, ano 2015, segundo a Secretaria Estadual de Saúde, são alarmantes quando se consideram: homicídios 5.802 (45,4%); acidentes de transporte 2.410(18,8%); eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada 1757(13,7%) (BAHIA, 2017b).

Os acidentes de transporte apresentam o coeficiente de mortalidade de 20,1/100 mil habitantes. Com o crescimento das cidades e a correria contra o tempo, outro tipo de transporte cresce desordenadamente, a motocicleta, que veio com o objetivo de facilitar o deslocamento das pessoas. Ademais, esse meio de transporte vem sendo cada vez mais utilizado, principalmente pela agilidade com que se desloca no trânsito, pelo baixo consumo

de combustível e pelo preço de aquisição e manutenção mais acessível do que o da maioria dos automóveis (ASCARI et al., 2013). Chama-se atenção, contudo, para os eventos relacionados aos acidentes com motos, uma vez que os motociclistas, principalmente do sexo masculino, são as maiores vítimas desses agravos (BAHIA, 2013).

Em consequência desse aumento expressivo de veículos e motocicletas e da alta frequência de comportamentos inadequados entre os condutores, os acidentes de trânsito passaram a constituir uma importante causa de traumas, politraumatismos e morte, principalmente entre a população jovem. É possível afirmar que os acidentes com motocicletas constituem um problema de saúde pública.

No Brasil, o consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas é apontado como um dos principais fatores causais de acidentes. Existe significativa subestimação e subnotificação da relação entre esse consumo e os acidentes de trânsito (RODRIGUES et al., 2014). Ações para minimizar a ocorrência de acidentes de trânsito devem priorizar os horários de atividades laborais dos condutores, bem como os finais de semana, sendo o domingo o dia de maior número de atendimentos, provavelmente por fatores ligados ao lazer e associados à ingestão de bebidas alcoólicas (ASCARI et al., 2013).

Nesse sentido, os indivíduos que sofrem acidentes automobilísticos são predominantemente adultos e jovens, do sexo masculino, condutores de motocicletas, e tais acidentes resultam, principalmente, em lesões de membros inferiores e superiores. Desse modo, se faz necessária a adoção de políticas públicas que priorizem a aplicação de recursos financeiros e humanos na redução dos acidentes automobilísticos, como a que foi adotada com a aprovação da lei 11.705, de 19 de junho de 2008, apelidada de “Lei Seca”, além de oferecer subsídios para a assistência pré-hospitalar às vítimas dessas ocorrências (ASCARI et al., 2013).

No Brasil, apesar da proibição de venda de bebidas alcoólicas para adolescentes, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), jovens experimentam álcool em idade precoce, sendo habitual o consumo em ambientes públicos, em festividades e no ambiente familiar (COSTA, 2013). Costa (2013) aponta que as taxas de morbidade e mortalidade na adolescência e na juventude mostram a associação entre o consumo precoce e atos de violência, acidentes de trânsito, prática sexual desprotegida, absenteísmo, baixo desempenho escolar, problemas familiares, entre outros, sugerindo a importância de políticas e programas preventivos.

Como a literatura tem apontado, o aumento dos acidentes e da violência por causas externas tem afetado a organização do sistema de saúde, o qual, por sua responsabilidade na

atenção ao trauma, tem seus gastos elevados. As causas externas correspondem a maior gasto médio e maior custo/dia de internação do que as naturais (RODRIGUES et al., 2014). A Organização Mundial da Saúde estima que, em 2020, o número de óbitos por acidentes de transporte terrestre (ATT) atinja 2,4 milhões e seja a sexta causa de morte no mundo. O Brasil está em quinto lugar no *ranking* dos países com maior número de morte por acidentes de trânsito, atrás apenas de Índia, China, Estados Unidos e Rússia (ALMEIDA et al., 2013).

O suicídio está em nono lugar como causa de morte nos Estados Unidos. Em adolescentes entre 10 a 14 anos, a taxa é de 1,6/100.000; entre 15 a 19 anos, ela sobe para 9,7/100.000. O maior número de tentativas atinge o sexo feminino, mas o maior número de tentativas levadas a cabo é liderado pelo sexo masculino. Há um aumento dessas taxas nos jovens com comportamento homossexual ou bissexual. A tendência, portanto, é um aumento da incidência com a idade (INFANTE, 2014).

Classificado como “causa externa”, o suicídio entre adolescentes e jovens é pouco investigado, uma vez que sua etiologia é complexa e envolve, além de fatores biológicos e psicológicos, o contexto socioeconômico (MOREIRA; BASTOS, 2015). De acordo com os autores, a presença de sintomas depressivos destacou-se como um importante fator de risco para ideação suicida. Os adolescentes do sexo feminino apresentam taxas mais elevadas de ideação suicida que os do sexo masculino.

Por sua vez, o suicídio tem sido registrado, na literatura, como a segunda causa de morte entre adolescentes e adultos jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos. Infelizmente, esse agravo tem mostrado crescimento no Brasil. Observa-se que, cada vez mais, os jovens têm se tornado vulneráveis, e conseqüentemente, são alvos fáceis de ideação suicida. No entanto, é necessário que esse quadro seja revisitado, no intuito de se buscarem soluções. Assim, entendemos que esforços nas ações preventivas são extremamente desejáveis.

A subnotificação das mortes por suicídio entre os adolescentes e jovens leva a falhas na classificação e identificação da causa de morte. Desse modo, há muitas mortes por suicídio consideradas como não intencionais ou acidentais. O comportamento suicida do adolescente retrata um sofrimento intenso, ou seja, uma dor psicológica incontrolável que, muitas vezes, se refere à dor e à angústia associados ao sentimento de culpa, vergonha e medo (OLIVEIRA et al., 2017).

Por esse prisma, os dados revelam um número crescente de adolescentes e jovens vitimados pela violência autoprovocada, ou seja, o risco de comportamento suicida aumenta com as comorbidades relacionadas ao abuso de drogas, à impulsividade e agressão, à

exposição a acontecimentos violentos, ao acesso a armas letais, além da presença de outros transtornos psiquiátricos (BRITO, 2011).

Os adolescentes encontram maior dificuldade para lidar com estresses agudos, pois são mais propensos ao imediatismo e à impulsividade, além de não possuírem plena maturidade emocional. Dessa forma, pensamentos suicidas são frequentes nessa fase, principalmente em épocas de dificuldades ou diante de um estressor importante, sendo, na maioria das vezes, passageiros. Todavia o prolongamento e a intensidade desses pensamentos aumentam o risco de provocar um comportamento suicida (BOTEGA, 2015). Conforme a OMS (2014), o suicídio é um problema de saúde pública mundial e a segunda principal causa de morte entre indivíduos de 10 a 24 anos.

Em países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens está se configurando como um padrão epidêmico. No Brasil, o Rio Grande do Sul é o estado que apresenta os maiores índices de suicídio do país. As tentativas são mais frequentes em meninas, embora o suicídio consumado seja mais frequente em meninos, uma vez que eles utilizam meios mais agressivos em suas tentativas. A OMS afirma ainda que os maiores fatores de risco para o suicídio são a vulnerabilidade associada à doença mental, à depressão, a desordens relacionadas ao álcool, ao abuso, à violência, a perdas, à história de tentativa de suicídio, bem como à “bagagem” cultural e social (BRAGA; DELL’AGLIO, 2013).

Além disso, o desempenho escolar, os problemas psiquiátricos no adolescente e na família, a história de comportamento autoagressivo e de tentativas de suicídio são dados adicionais essenciais para a avaliação do risco de suicídio. Dentre os principais fatores de risco associados ao comportamento suicida de adolescentes, destacam-se a orientação sexual (homossexual, bissexual ou transgênero), o abuso físico e sexual e o *bullying* (vítima ou perpetrador). Também apresentam grande impacto sobre os adolescentes os *websites*, as mídias sociais e as salas de bate-papo que encorajam pactos suicidas (BOTEGA, 2015). Várias pesquisas com adolescentes revelaram, como fatores de risco, problemas nos relacionamentos interpessoais, incluindo dificuldades para fazer amizade, discussões frequentes com os pais, autoridades ou colegas, o isolamento social e o *bullying*. Para Albuquerque (2017) o *cyberbullying* aumenta os índices de casos de suicídio entre adolescentes e jovens. A ocorrência desse tipo de violência se registra em *sites* de relacionamentos e meios de comunicação *online* utilizados por esse público.

Quando jovens são expostos a imagens que se encaixam no padrão de beleza atual, recebem a mensagem de como devem parecer para que sejam julgados atraentes. Ao ver essas

imagens, quase em sua totalidade manipuladas digitalmente, o que as torna ainda mais perfeitas, os adolescentes percebem-se diferentes, o que incita a insatisfação. Nessa mesma linha de pensamento, aponta-se o *cyberbullying* como uma forma de violência psicológica que, atualmente, é bem recorrente entre os jovens. Os efeitos negativos podem ser: atividade cognitiva comprometida, autoestima baixa, autoconceito prejudicado, ansiedade exacerbada, sofrimento psíquico, sintomas depressivos, isolamento e até mesmo o suicídio (LISBOA; HABIGZANG, 2017).

Em geral, os jovens mais vitimados são aqueles que têm um marcante perfil de afastamento social, ou dificuldades e inabilidades sociais; por lhes faltar um contato direto com o mundo social, eles são levados à depressão. Assim, esses adolescentes e jovens podem ser afetados negativamente pelo *cyberbullying*. Uma das formas de atuação do agressor de *cyberbullying* é realizada através de envio de mensagem com conteúdos sexuais e pornográficos, o que, na linguagem cibernética, é chamado de *sexting*, ou seja, junção de sexo e texto.

As agressões podem causar problemas físicos e mentais, gerando baixa autoestima, depressão e estresse e até mesmo levar ao suicídio. Nessa direção, o perfeccionismo e a autocrítica exacerbada também estão associados a tentativas suicidas nessa faixa etária. O indivíduo crê no alto desempenho que as pessoas esperam dele, o que pode levar à frustração e à baixa autoestima (BOTEGA, 2015). Contudo é importante destacar que os aspectos citados, isoladamente, não são preditores do suicídio. As consequências desses fatores é que podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013).

Os adolescentes e jovens são muito susceptíveis às causas externas devido à sua imaturidade e curiosidade, bem como ao espírito de aventura, excesso de coragem, além do uso de álcool e drogas. Outro fator que pode favorecer essa suscetibilidade é o processo desestruturado de urbanização e o aumento da desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e a exclusão da população de baixa renda (MATOS; MARTINS, 2012).

A violência não é apenas um problema médico, e sim um problema fundamentalmente social da história da humanidade; portanto, ela afeta profundamente a saúde geral do ser humano (MINAYO, 2013). Além disso, reduz a qualidade de vida das pessoas e das coletividades. Nessa direção, considera-se a violência um problema multifatorial e complexo. Assim, se faz necessário que haja uma combinação de medidas preventivas desses eventos, incluindo leis, esforços educativos, produtos de segurança, acesso a melhores condições socioeconômicas, além de avanços no atendimento ao trauma para minimizar as sequelas e

aumentar a sobrevivência das vítimas. Conforme Costa (2013), “[...] a violência se constitui como um fenômeno complexo, cuja compreensão requer abrangência contextual nos aspectos histórico, econômico, cultural, político e jurídico.”

Também é necessário trabalhar a prevenção das causas externas para evitar mortes precoces, reduzindo o impacto econômico dos gastos com internações e perdas de vida produtiva, além das consequências emocionais e psicológicas para as famílias que perdem seus entes queridos, sobretudo crianças, adolescentes e jovens.

A qualidade das informações sobre mortalidade por causas externas também deve ser alcançada com o preenchimento correto da Declaração de Óbito (DO). A disponibilidade de dados mais fidedignos e o conhecimento do perfil epidemiológico das causas externas devem fundamentar ações específicas para a redução dessas mortes, além de aperfeiçoar o trabalho da Vigilância de Óbito (MATOS; MARTINS, 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes tem gerado problemas sociais e de saúde. As estatísticas revelam a magnitude do problema, diante da constatação de que 25% de todas as mortes de jovens entre 15 a 19 anos são atribuídas ao álcool. Isso tem explicação nos fatores sociais, tais como a falta de oferta de uma educação de qualidade, os baixos salários dos pais, entre outras dificuldades de ascensão social. Consequentemente, esses indivíduos se veem obrigados a uma inserção precoce no mercado de trabalho, além da exposição ao risco de se envolver no tráfico de drogas (FONSECA et al., 2013).

É necessário considerar que:

Alguns fatores de proteção aos adolescentes precisam ser estimulados: existência de um projeto de vida baseado em sonhos e metas; envolvimento em atividades de lazer, esportivas ou educativas em grupo de pares; o estabelecimento de relações afetuosas e seguras com adultos; a supervisão familiar e a religiosidade; a existência de adulto significativo para contrabalançar os conflitos com os pais. (ASSIS; AVANCI, 2013, p. 92).

O ambiente familiar é o que mais pode proteger ou expor os jovens adolescentes à violência. Há aspectos do contexto social e econômico que transcendem o comportamento individual ou familiar, atuando em toda uma comunidade ou grupo social e influenciando sobremaneira a vida dos adolescentes e jovens e a de suas famílias (BRASIL, 2010).

Quanto aos fatores socioeconômicos associados às causas de mortalidade entre os jovens de classes sociais menos favorecidas, prevalecem: pobreza, falta de estrutura familiar, desigualdade social, baixa renda, falta de escolaridade, falta de lazer, desemprego, consumo e tráfico de drogas ilícitas, acesso a armas de fogo e armas brancas, bem como extrema exposição a condições de vulnerabilidade e miséria urbana. Isso se caracteriza como um

problema social bastante complexo entre adolescentes e jovens (MARTINS; MELLO JORGE, 2013).

Algumas constatações com relação ao universo dos adolescentes de hoje: eles são diretamente influenciados pelos contextos nos quais se desenvolvem, e as famílias têm menos filhos, o que faz com que o peso dos adolescentes, no conjunto da população, diminua. Em um mundo competitivo, no qual a produtividade é obrigatória, o fato de trabalharem fora fornece uma dose de estresse a mais na vida dos pais, o que modifica a maneira como eles desempenham os seus papéis junto aos filhos. Hoje, mais de um em três adolescentes já vivenciou pelo menos uma separação dos pais; há vinte anos, era menos de um em quatro (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

A separação dos pais não é mais algo extraordinário em nossa sociedade, mas a ruptura que ela é capaz de provocar nos laços familiares, em especial com um dos pais (geralmente, o pai), continua sendo uma circunstância muito importante na adolescência. Cabe ressaltar também que a correria do dia a dia dificulta o diálogo; por isso, frequentemente eles fazem as refeições em sequência, um de cada vez, entre a mesa, o micro-ondas e a televisão. Destaca-se que os lares em que a televisão reina absoluta, da manhã até a noite, também são aqueles em que a supervisão parental é mais fraca. Tais fatores relevam o quanto o contexto de desenvolvimento desses jovens mudou (CLOUTIER; DRAPEAU, 2012).

Nota-se que as famílias chefiadas por mulheres também contribuem para o aumento da violência entre jovens, uma vez que a sobrecarga de trabalho das mães provoca certo distanciamento dos filhos, devido à rotina de trabalho. Assim, na família onde há pouco ou nenhum diálogo, os jovens não se sentem confortáveis para expressar seus conflitos, o que torna o ambiente propício para a ocorrência da violência. Além do distanciamento dos pais da vida cotidiana de seus filhos, outros aspectos da vida relacional devem ser destacados, como influenciadores da violência entre os jovens: familiares com problemas de alcoolismo ou uso de drogas, familiares participantes de grupos criminosos, e uso abusivo de drogas pelos próprios adolescentes. É preciso ressaltar também que a defasagem nos níveis de ensino, a baixa escolaridade e a pouca adaptação à vida escolar estão presentes na vida de quase todos os jovens infratores (SOUZA et al., 2013).

4.3.2 Óbitos por causas naturais

O Sistema de Informação sobre Mortalidade apresenta limitações, tanto no sistema, quanto na cobertura e na qualidade na DO. Notificações insuficientes e deficientes podem ser

apresentadas em relação à causa básica dos óbitos. A qualidade dos indicadores de saúde depende do correto preenchimento desse documento, uma vez que as estatísticas de mortalidade são geradas a partir de dados coletados na DO. Desse modo, pode-se entender que a função da DO vai muito além de sua finalidade legal, pois seu papel epidemiológico merece grande destaque, tendo em vista a possibilidade de melhorar as estatísticas, promovendo um diagnóstico real da saúde da população (PROVENZA et al., 2017; ROCHA et al., 2016).

No Brasil, a análise dos óbitos é feita por um Sistema de Informação sobre Mortalidade, o SIM. Em 1975 foi implantado pelo Ministério da Saúde para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país (MELLO JORGE, 2014). A partir da criação do SIM, foi possível a captação de dados sobre mortalidade de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão de governo. Com essas informações, é possível realizar análises da situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área. Nesse sentido, o SIM, proporciona a produção de estatísticas e construção dos principais indicadores de saúde. Laurent, Mello Jorge e Gotlieb (2006) ressaltam que os registros dos óbitos permitem caracterizar o perfil epidemiológico da mortalidade, segundo algumas variáveis, como sexo, idade, estado civil, ocupação e escolaridade. O documento de entrada no SIM é a Declaração de Óbito (DO), registro oficial para atestar a morte de um indivíduo.

De acordo com a literatura, as mais altas taxas de mortalidade por câncer em crianças e adolescentes possuem padrões geográficos diferentes. Enquanto, nos países desenvolvidos, a neoplasia é considerada a segunda causa de morte na infância, correspondendo a cerca de 4 a 5% (crianças de 1 a 14 anos) dos óbitos nessa faixa etária, em países em desenvolvimento, essa proporção é bem menor, cerca de 1%, em razão das mortes por doenças infecciosas serem as principais causas de óbito.

Em relação ao registro de mortes, a Europa tem um sistema avançado e abrangente, enquanto países como Nigéria, Índia e Indonésia não desenvolveram um sistema adequado, que represente a incidência e mortalidade. Corroborando essa ideia, Ferman e colaboradores (2013) afirmam que “as estatísticas de mortalidade em países de baixa e média renda apresentam fontes previsíveis de erros, incluindo atestados de óbitos imprecisos, diagnósticos errados e subnotificação.” (FERMAN, 2013, p. 1).

Informações dos registros de neoplasia dos Estados Unidos mostram que a taxa de mortalidade até os 14 anos foi de 23 e 21 por milhão, para os sexos masculino e feminino respectivamente (WARD et al., 2014). Já em 2017, a expectativa de novos casos é elevada:

1,688,780 para ambos os sexos da população norte-americana. A taxa de mortalidade, por sua vez, chegará a: 600,920 em 2017 (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017, p. 3).

Na Áustria, durante o período de 1994 a 2011, observou-se uma tendência decrescente da mortalidade na mesma faixa etária. A maior queda foi observada para as leucemias (KARIM-KOS et al., 2016). Já na Coreia, o câncer é a terceira principal causa de morte entre os adolescentes e jovens adultos, embora a incidência e a tendência de sobrevivência, entre e os adolescentes e jovens adultos, não haja sido estudada até 2014 (MOON et al., 2014, p. 1).

Nos adolescentes e adultos jovens (de 15 a 29 anos), a neoplasia é a principal causa de morte nos países desenvolvidos. Nesse grupo etário, não se observam as mesmas melhorias na sobrevivência como a das crianças e dos adolescentes. Uma possível explicação inclui dificuldade de acesso e o atraso no diagnóstico e no tratamento. Nos Estados Unidos, na faixa etária entre 15 a 19 anos, a taxa específica de mortalidade foi de 34,5 e 24,7 por milhão para os sexos masculino e feminino, respectivamente. Na faixa etária entre 15 a 19 anos, para a Áustria, também se observou uma tendência decrescente. Observa-se que, para esse grupo etário, a leucemia também apresentou maior tendência decrescente (KARIM-KOS et al., 2016; WARD et al., 2014).

No Brasil, os óbitos por câncer entre crianças, adolescentes e adultos jovens correspondem à segunda causa de morte. Esse padrão se diferencia na Região Norte, que ocupa a quinta posição na faixa etária de 1 a 14 anos. Para o grupo etário de 15 a 29 anos, nas Regiões Nordeste e Norte, o câncer ocupa a terceira e a quarta posições, respectivamente (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

Quanto às neoplasias, o grupo de 15 a 19 anos apresenta os valores mais elevados, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Os tipos mais importantes são as leucemias, seguidas pelas neoplasias de meninges, encéfalo e outras partes do sistema nervoso central (MELLO JORGE, 2014). Para o Brasil, a taxa média ajustada por idade para leucemias, no período de 2009 a 2013, foi de 14,94 por milhão de crianças e adolescentes. Para o sexo masculino, a taxa de mortalidade foi de 17,13 óbitos por milhão, enquanto, para sexo feminino, foi de 12,67 por milhão (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016).

As doenças infecciosas e parasitárias totalizaram 790 mortes no Brasil em 2010, com taxa equivalente a mais de dois óbitos por 100 mil habitantes. Chama a atenção seu aparecimento como sexta causa mais importante no grupo de 10 a 19 anos, fato que se deve à inclusão da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (MELLO JORGE, 2014).

Segundo o Boletim Epidemiológico da AIDS de 2011 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), houve uma redução da proporção de 26 homens para cada mulher

acometida na década de 90 para 1,7 homens por mulher no final de 2010, sendo que, na faixa etária de 13 a 19 anos, há mais casos de sexo feminino do que de masculino. Esse maior acometimento de mulheres tem como uma das razões a hierarquia de gênero. Dentro dessa lógica, o homem detém poder sobre o corpo da mulher, decidindo o ritmo das relações sexuais e também o uso do preservativo. A mulher encontra dificuldade de negociar relações sexuais protegidas e se submete ao desejo do parceiro. Além disso, a infidelidade masculina é um atributo aceito socialmente (TAQUETTE, 2015).

Quanto à mortalidade por doenças oriundas do aparelho circulatório, ela é mais relevante entre os adolescentes, quando comparada aos infantes. Outro importante dado é que tais doenças são mais recorrentes entre adolescentes do sexo masculino, quando são excluídos dados de mortalidade por causas externas, especialmente por mortes violentas. Dentre as doenças de aparelho circulatório, destacam-se aquelas relacionadas aos acidentes cerebrovasculares e o grupo das “outras doenças cardíacas”, ou seja, cardiomiopatias, no qual aparece como principal causa a insuficiência cardíaca (SALIM et al., 2016).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem sido considerada como um grande risco mundial à saúde, com probabilidade de 1,6 bilhão de pacientes no mundo (GOI et al., 2017). Nessa mesma direção, a obesidade tem crescido em escala global entre crianças e adolescentes e, assim, ela é considerada um fator de risco primário para a HAS. Esse grupo etário tem apresentado alterações na Pressão Arterial (PA) em idades cada vez mais precoces (GOI et al., 2017). A HAS em crianças e adolescentes está em crescimento exponencial em países em desenvolvimento, por ser uma doença assintomática em suas fases iniciais, o que colabora para a falta de diagnóstico precoce. Além disso, existe a falta de informação por parte da população, o que contribui para baixo controle (GOI et al., 2017).

Em conformidade com essa visão, “a hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública, apresenta alta prevalência e é considerada o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares em países industrializados e em desenvolvimento, tal como o Brasil.” (NASCIMENTO SOBRINHO; NASCIMENTO; DAMAS, 2016).

Entre as doenças do aparelho respiratório, despontam as pneumonias como mais importantes. A magnitude e o impacto social das pneumonias na população são verificados nos elevados indicadores de mortalidade e morbidade (MELLO JORGE, 2014; FERRAZ; OLIVEIRA-FRIESTINO; FRANCISCO, 2017). Nos adolescentes, adultos jovens e adultos, as pneumonias ocorrem, na maioria das vezes, de forma benigna e com menores complicações, quando comparadas às que ocorrem em idades extremas, como em crianças e

idosos. Dentre os óbitos decorrentes das doenças do aparelho respiratório, a representatividade das pneumonias era de 38% em 1996, passando para 48% em 2012. A região Sudeste registrou maior percentual, 58%, ficando a região Norte com 5% (FERRAZ; OLIVEIRA-FRIESTINO; FRANCISCO, 2017).

Segundo os dados da OMS, as doenças respiratórias constituem um importante problema de saúde pública, representando aproximadamente 14% do total de mortes no mundo. O elevado impacto das doenças respiratórias na saúde das populações é demonstrado pelo fato de que representam 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento, conforme a OMS, sendo especificamente as pneumonias responsáveis por 20 a 40 % das hospitalizações em crianças e adolescentes nos países em desenvolvimento (FRAUCHES et al., 2017).

Quanto à saúde mental, a OMS relaciona algumas situações de prioridade na adolescência e que, se não tratadas, podem levar os jovens à morte, compondo o quadro de outras causas de morte. Entre elas, depressão, suicídio, psicoses, transtornos de ansiedade, condutas alimentares, abuso de substâncias e condições médicas associadas, como diabetes e epilepsias. Cabe destacar o uso de substâncias lícitas e ilícitas como importante situação de vulnerabilidade (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010). Para ampliar a discussão sobre esses agravos de saúde e entendermos a complexidade das causas de morte na adolescência, busca-se abordar cada uma das situações relacionadas pela OMS.

Como foi dito anteriormente nesta pesquisa, a adolescência é também conhecida como um período de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas como depressão e ansiedade social. Estudos têm evidenciado a comorbidade entre esses transtornos e sua prevalência na população de adolescentes, possibilitando o diagnóstico precoce, assim como uma eficácia nas intervenções (VIANA; LOURENÇO, 2017). Nessa direção, reflete-se sobre os impactos sociais e econômicos na vida dos sujeitos afetados por tais condições de saúde, uma vez que essas pessoas ficam improdutivas, tanto na área profissional como na educativa, ou seja, a formação educacional pode ser interrompida, bem como a baixa ou nenhuma produtividade no trabalho podem ser fatores que limitam o desenvolvimento desses sujeitos.

No que diz respeito à sintomatologia da depressão entre adolescentes, podemos enumerar vários sintomas, conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5): humor irritável; acentuada diminuição do interesse ou prazer; desesperança; perda ou ganho significativo de peso; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga e perda de energia; sentimentos de inutilidade; culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída de pensar ou se concentrar; isolamento; pensamentos

recorrentes de morte, com maior frequência de ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os sintomas depressivos no adolescente se elevam à medida que eles mudam de idade. Com o intuito de evitar que muitos adolescentes sejam acometidos por tal doença, urge-se desenvolver pesquisas sobre o tema para que se possam evitar problemas sérios na vida adulta, incluindo o suicídio.

Estudos mostraram resultados da associação entre dependência de *internet*, a depressão e a ansiedade social em adolescentes. Assim, o uso excessivo da rede pode trazer efeitos negativos ao bem-estar psicossocial dos adolescentes, causando um prejuízo significativo. Além disso, propicia o aumento dos sintomas da depressão e da ansiedade social (KO et al., 2014; LAI et al., 2015). Destarte, o início precoce desses transtornos pode afetar os processos de desenvolvimento social e pessoal dos adolescentes. Conseqüentemente, quando adultos, não apenas terão uma saúde mental e física debilitada, mas também relações sociais precárias e insatisfação com seu desempenho no trabalho, especialmente com a sua vida familiar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; CABRERA; LOPES, 2013).

Além desses aspectos, o espaço da cibercultura está em pleno desenvolvimento, e o apelo para seu uso constante em busca excessiva de informações tem causado o desequilíbrio psicológico das pessoas, especialmente dos adolescentes. Desse modo, apesar de estarem *on-line* por muitas horas, os adolescentes consideram essa situação como parte extremamente importante do processo de vivenciar esse mundo globalizado. A velocidade do mundo atual impõe que os adolescentes e jovens estejam conectados o tempo inteiro, embora o excesso de informações traga conseqüências orgânicas e na saúde psicológica, a exemplo de insônia e estresse. Em casos mais graves, as dependências tecnológicas, podem ser mais problemáticas no âmbito psicopatológico.

A insatisfação com a imagem corporal e as preocupações com a aparência podem desencadear comportamentos alimentares anormais, em que restrições ou excessos dietéticos podem comprometer a saúde de forma mais grave (PAPALIA; FELDMAN, 2013). Nesse panorama, merece destaque a obesidade, uma vez que é associada ao desenvolvimento de aspectos negativos da imagem corporal, e, por sua vez, expõe os jovens e adolescentes a um estado vulnerável e, conseqüentemente, a problemas sérios de saúde.

Pesquisas evidenciam algumas situações típicas dos adolescentes, como depressão, ideação suicida e insatisfação com a vida. Algumas delas foram identificadas como fatores precursores, como as psicoses, os transtornos de ansiedade, de condutas alimentares e o abuso de substâncias tóxicas (PINTO, 2014).

A literatura tem registrado que a obesidade é um problema mundial de saúde pública. Está associada a doenças cardiovasculares, além de aumentar os riscos biliares e de câncer. Problemas psicológicos são comuns nos adolescentes, inclusive transtornos de depressão e ansiedade, dificuldade de ajustamento social, baixo autoconceito, autoestima e autoimagem (RENTZ-FERNANDES et al., 2017).

Na adolescência, a obesidade pode impactar as condições de saúde, principalmente em relação ao risco cardiovascular. O acúmulo de gordura visceral e as alterações do perfil lipídico podem desencadear precocemente doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus II, uma vez que os eventos cardiovasculares oriundos dessa condição têm sido a principal causa de morte no mundo (ENGELI, 2015). Outros aspectos podem influenciar, como problemas sociais, pois adolescentes obesos tendem a ser mais estigmatizados em ambientes sociais, como a escola, em função do corpo. Assim, há uma tendência ao isolamento social. Há ainda prejuízos psicológicos prevalentes dessa condição: depressão, ansiedade e estresse, além do desenvolvimento do autoconceito negativo (HARRIGER; THOMPSON, 2012). Esses fatores têm impacto na qualidade de vida dos adolescentes, o que reforça a probabilidade de desenvolverem transtornos psiquiátricos, com aumento do risco de suicídio (FARHAT, 2015).

Com relação aos transtornos e riscos associados ao uso excessivo da tecnologia digital, Verzoni e Lisboa (2017) refletem sobre as consequências severas do uso abusivo e prolongado da *internet*. Os autores apontam, especificamente, para o principal problema que pode comprometer a saúde psíquica: a dependência da *internet*, considerada uma das formas mais recentes de adoecimento psíquico.

Nesse sentido, os jovens e adolescentes se encontram em confusão psíquica e passam a não ter confiança em si e nos outros pares, por conta da autoestima e do autoconceito prejudicados. Além disso, hábitos de sono são modificados, com o uso de drogas e de outras substâncias para se manterem conectados. Assim, a mídia é considerada o principal agente influenciador negativo na imagem corporal de adolescentes, os quais passam a buscar a morfologia imposta pelos meios de comunicação de massa, como televisão, *internet*, revistas e cinema (GONDOLI et al., 2011).

Há ainda as causas de mortalidade ligadas a gravidez, parto e puerpério, o que constitui motivo de preocupação entre adolescentes e jovens do sexo feminino. O número de gestações nesse grupo vem aumentando e, com isso, algumas consequências podem ser impactantes no âmbito social. Entre elas, destacam-se o abandono da escola, vínculo a empregos com baixa remuneração e casamento instável. Isso demonstra que a gravidez, nessa

etapa do desenvolvimento, pode gerar profundos impactos na saúde, no desempenho escolar e nas oportunidades de trabalho de adolescentes de ambos os sexos. No Brasil, entre as jovens de 10 a 17 anos sem filhos, aproximadamente 6,1% não estudam. Na mesma faixa etária, entre as adolescentes que têm filhos, essa proporção chega a 75,7% (LAWRENZ; HABIGZANG, 2017).

O número de adolescentes que têm engravidado é crescente. No Brasil, “dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), dão conta de que, em mais de 20% dos quase três milhões de nascimentos ocorridos no país, as mães têm menos de 20 anos.” (MELLO JORGE, 2014). Conseqüentemente, o autor afirma que, em 2010, o número de óbitos em adolescentes por causas maternas foi de 271, sendo 25 na faixa etária de 10 a 14 anos e, 246 de 15 a 19 anos.

Segundo os dados do SIM, quando comparados os anos de 2004 e 2014, quanto à gravidez nas adolescentes, observou-se um aumento da taxa de fecundidade das mães da faixa etária de 10 a 14 anos (principalmente em Amazonas, Alagoas, Sergipe, Espírito Santo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Santa Catarina) e uma queda da taxa de fecundidade de mães de 15 a 19 anos (BRASIL, 2017).

A atividade sexual é comumente iniciada durante a adolescência. Entretanto os adolescentes apresentam maior risco de resultados negativos do que adultos devido à sua imaturidade física, emocional e cognitiva. Comportamentos sexuais de risco – como iniciação sexual precoce, relações desprotegidas e alto número de parceiros sexuais – podem trazer conseqüências, como doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gravidez indesejada, entre outros problemas de saúde relacionados a práticas sexuais inseguras.

Por outro lado, o Sistema de Informação sobre Mortalidade constata que 28% das mortes fetais são de mães adolescentes (MELLO JORGE, 2014). Conforme estimativas da OMS, mais de 35,3 milhões de pessoas vivem com o HIV no mundo, sendo 2,1 milhões (5,9%) de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil, estima-se que em torno de 781 mil pessoas vivam com HIV/AIDS, o que equivale a uma taxa de prevalência do HIV de 0,39%. Nos últimos dez anos, a taxa de detecção de AIDS apresentou aumento de 58% entre os jovens com idades de 10 a 19 anos (BRASIL, 2015).

Nessa direção, o quantitativo de adolescentes e jovens afetados por doenças graves por transmissão sexual tem sido muito elevado, conforme Boletim Epidemiológico HIV/AIDS do Ministério da Saúde. De 2005 a 2014, foram registrados 1.367 óbitos por causa básica AIDS em jovens de 10 a 19 anos. Em 2014, os estados que notificaram mais óbitos por essa causa

foram São Paulo e Rio de Janeiro, seguido por Rio Grande do Sul, Pará e Pernambuco (BRASIL, 2015).

4.4 POLÍTICAS PÚBLICAS E AÇÕES PARA PREVENÇÃO DOS ÓBITOS PRECOSES DE ADOLESCENTES

Ao refletir sobre políticas públicas, visa-se a uma articulação de redes para o enfrentamento da violência, a qual deve ser baseada “na cooperação entre organizações, por meio da articulação política, dividindo responsabilidades e custos, de acordo com recursos disponíveis, competências e interesses, vinculados através de metas comuns.” (COSTA, 2012). Nessa direção, dentre as políticas de promoção da saúde do adolescente no Brasil, destacam-se as seguintes: Programa Saúde nas Escolas (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e lançado em setembro de 2008; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2006), Portaria Ministerial nº 1.353, junho 2011 (VIEIRA; GUBERT, 2014). E ainda o Plano Juventude Viva (PJV) – Plano de Prevenção à Violência contra a Juventude Negra, que busca ampliar direitos e prevenir a violência que atinge a juventude brasileira (CARDOSO, 2015).

O Plano de Prevenção à Violência contra a Juventude Negra (PJV) é uma estratégia do Governo Federal criada em 2013, com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros em relação a situações de violência física e simbólica no Brasil. Trata-se de uma política pública baseada na articulação de políticas entre as três esferas do governo, voltada para o desenvolvimento e a superação de desigualdades sociais e para criar oportunidades de inclusão social e autonomia para jovens negros do sexo masculino, com idade entre 15 a 29 anos, em sua maioria com baixa escolaridade e em situação de maior vulnerabilidade (STACHEIRA; MOURA, 2016). Os autores apontam que as políticas públicas setoriais sozinhas não serão capazes de responder às agendas de superação das desigualdades. Para tanto, é necessário que um projeto sustentável para atender às demandas do Brasil seja desenvolvido com justiça social (STACHEIRA; MOURA, 2016).

Por sua vez, a escola é considerada um cenário privilegiado de acolhimento continuado de adolescentes, na qual, juntamente com outras instâncias sociais, podem ser desenvolvidas estratégias articuladas de redução da vulnerabilidade do adolescente. As políticas públicas preconizam a importância da escola como um local singular de aglomeração de adolescentes, para diagnosticar situações-limite que desvirtuam sua cidadania (MOREIRA et al., 2013). A instituição escolar, como mediadora principal da família, deve se tornar parte

de uma “efetiva rede de proteção à criança e ao adolescente.” (CARVALHO et al., 2016). Nessa linha, considera-se que as crianças e adolescentes, também nos contextos escolares, são sujeitos prioritários das políticas públicas que a eles se destinam e, por isso, devem ser escutados.

Assim, a escola tem um papel essencial na participação de caráter preventivo, o qual consiste na transmissão de informação à comunidade escolar, além de proporcionar um ambiente de inclusão e envolvimento com os pais de alunos. Dessa forma, compreende-se que a escola deve exercer seu papel de socialização, no processo de construção da cidadania. Para isso, é imperativo convocar a família e a comunidade para o fortalecimento dessa rede (CARVALHO et al., 2016).

Ademais, devem-se construir políticas públicas voltadas para os adolescentes, envolvendo todos os atores governamentais numa ação educativa e integrada, fazendo um trabalho interdisciplinar e levando em consideração escola, família e sociedade. Trata-se de promover uma visão holística e humanizada, com atenção integral à saúde do adolescente, a qual requer a participação interdisciplinar de diversos profissionais para prestar atendimento a essa clientela, proporcionando, assim, intervenções que condigam com essa realidade (VIEIRA et al., 2017).

Outra política pública de importante de amparo para essa população-alvo é a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), a qual foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e por Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, os quais publicaram a Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001 (BRASIL, 2001), visando a orientar o setor de atenção à saúde quanto à atuação diante da ocorrência de acidentes e violência. Para tanto, tal portaria insere o tema da violência no marco da promoção da saúde; mostra que é preciso investir no diagnóstico e na notificação; analisa a precariedade das informações e a subnotificação; intervém na formação e na atuação institucional; entende que precisa planejar e adequar a gestão para atender às mudanças no perfil epidemiológico; propõe uma prática intersetorial articulada com a sociedade civil; elabora orientações para acompanhamento; e, por fim, faz o monitoramento das ações para prevenção e combate à violência.

Através da Portaria nº 936, de 2004, o Ministério da Saúde, dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção de Violência e Promoção da Saúde e a implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Em 2006, o MS implantou o Sistema de Vigilância e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e a divulgação de informações sobre violência e acidentes, o que

possibilita conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública (MATOS; MARTINS, 2013).

Conhecer o perfil epidemiológico de mortalidade de uma população é importante para instituir medidas de melhoria da assistência em saúde e redução da mortalidade (SALIM et al., 2016). Assim, apontamos para as taxas decrescentes de mortalidade geral entre jovens do Sudeste, de ambos os sexos, resultantes de intervenções realizadas na região, no âmbito da Segurança Pública, como a implantação das unidades de polícia pacificadora (UPP) no estado de Rio de Janeiro e de medidas voltadas à segurança no trânsito, como operações da chamada “Lei Seca”.

Em 2008, a fim de enfrentar o elevado número de mortes provocadas por condutores que dirigem sob o efeito de álcool, foi instituída, em 20 de julho de 2008, a Lei nº 11.705/08, chamada “Lei Seca”, cuja finalidade é a de estabelecer alcoolemia zero e de impor penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool (MATOS; MARTINS, 2013). Além disso, para corroborar e ampliar o escopo das ações de prevenção,

A Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou o período de 2011 a 2020 como a Década de Ação pela Segurança no Trânsito e solicitou aos países atingirem a meta de estabilizar e de reduzir as mortes causadas pelo trânsito por meio da implementação de um plano de ação voltado para cinco pilares de intervenção: fortalecimento da gestão, investimento em infraestrutura viária, segurança veicular, comportamento de segurança dos usuários do trânsito; e atendimento pré-hospitalar e hospitalar ao trauma. (GORIOS et al., 2014, p. 392).

Na Bahia, as principais causas de óbito registradas são as chamadas “causas mal definidas”, o que revela a precária qualidade das informações contidas no preenchimento das Declarações de Óbitos, cuja responsabilidade é dos médicos. O Sistema de Informação de Mortalidade, principalmente nesse estado, tem mostrado baixa qualidade nos registros e pouca confiabilidade nas informações, em relação à causa básica de morte (CARVALHO et al, 2005).

Estudos apontam a necessidade de criação de uma infraestrutura adequada e de medidas legais efetivas para prevenir acidentes de trânsito (GALVÃO et al., 2013). Embora aconteçam em maior número nos centros urbanos, sua ocorrência evidencia que políticas estaduais e municipais devem ser desenvolvidas para minimizar o problema.

O Brasil vem tentando realizar essas ações através da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência e designando responsabilidades a todos os envolvidos, gestores e sociedade. Além disso, os acidentes e as violências, sob a denominação de causas externas, configuram-se como um dos mais importantes temas da atualidade, tornando-se um dos mais sérios problemas de saúde pública (MATOS; MARTINS, 2013).

Considerando os múltiplos fatores que envolvem os acidentes de transporte terrestre (ATT), torna-se evidente a necessidade de implantação de estratégias interinstitucionais, multidisciplinares e integradas, que estejam conectadas com a Saúde, o Trânsito, a Educação, o Trabalho, o Meio ambiente, a Justiça e toda a sociedade civil organizada, com o objetivo de fazer a monitoração e a avaliação da ocorrência e das consequências dos acidentes com transporte terrestre. Desse modo, urge construir um sistema integrado para dar assistência às vítimas, fazer a prevenção dos fatores de risco, promover comportamentos adequados, bem como disseminar hábitos mais saudáveis e responsáveis no trânsito, como um estímulo à cultura da paz (ALMEIDA et al., 2013).

A prevenção desses eventos representa grande desafio, tendo em vista a necessidade de articular diferentes áreas, o que demanda uma ação interdisciplinar, além do envolvimento de vários setores da sociedade civil e de organizações governamentais (NEVES et al., 2013). Tais providências, assim, possibilitam uma atuação imediata e preventiva na identificação e no cuidado com os grupos mais vulneráveis. A vigilância do óbito – uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde dos adolescentes e jovens – funciona como uma das estratégias importantes para subsidiar as recomendações e as medidas de prevenção e controle das doenças e do óbito, pois ela orienta as ações de intervenção para prevenção de novos óbitos, avalia as ações e os serviços de saúde. Chama-se a atenção para o fato de que essa atividade é de competência das três esferas de governo e obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS (FRIAS et al., 2013).

Algumas limitações podem ser apontadas, entre elas a utilização de dados secundários e a possível subnotificação de casos, o que pode trazer distorções nas tendências, como também na construção de indicadores, com pequenos numeradores, além de oscilações nas estimativas populacionais (denominadores). Tais distorções podem interferir nas séries temporais, embora o aprimoramento dos registros e das estatísticas oficiais tenha sido constante, além da utilização crescente dessas informações pelos serviços de saúde para o planejamento de políticas públicas (MELO et al., 2016).

No Brasil, as mortes por causas externas continuam sendo um dos principais desafios para a saúde pública da população jovem. No Norte e Nordeste, o crescimento acelerado das causas externas somado à elevada carga de doenças crônicas e das persistentes doenças infecto-parasitárias delineiam um alarmante perfil de tripla carga nessas regiões. Espera-se uma formulação de novas políticas públicas e (ou) um aprimoramento das existentes, visando ao efetivo enfrentamento do problema (BRASIL, 2017; MENDES et al., 2015).

Ao considerar que a tentativa de suicídio e o suicídio são formas de fuga de problemas familiares e afetivos vivenciados por adolescentes, torna-se importante investir em redes de apoio social na atenção primária e nas escolas, para prevenir a ocorrência desse agravo. É preciso ampliar a orientação dos adultos responsáveis por esses adolescentes quanto às estratégias de manejo de problemas intrafamiliares e relacionais, bem como quanto ao controle de agentes tóxicos no domicílio (ROSA et al., 2015).

As políticas públicas preconizam a importância da escola, como um local singular de aglomeração de adolescentes, para diagnosticar situações-limite que desvirtuam a cidadania desses jovens, sugerindo a realização de atividades conjuntas entre escola, serviço de saúde, comunidades e famílias (MOREIRA et al., 2013). Os desafios impostos com a precarização do emprego e a necessidade de arriscar-se, embora atinjam a todos, adquirem, para os jovens, uma dimensão mais acentuada (RUOTTI; MASSA; PERES, 2011).

Como medidas de prevenção da violência, o Governo Federal lançou o Plano Juventude Viva, uma iniciativa cujo objetivo é prevenir e combater a violência contra jovens, além de atuar, de forma coordenada e integrada, com as três esferas do governo e a sociedade civil nos 132 municípios brasileiros que apresentaram 70% dos homicídios contra jovens negros (WAISELFISZ, 2013). Além disso, o conhecimento das principais causas de mortes é um dos aspectos primordiais para atingir esses objetivos. Nesse sentido, Costa afirma que:

[...] a violência, enquanto fenômeno mundial tem mobilizado agendas políticas que propõem parcerias entre os diferentes setores, a fim de desenvolver, de forma articulada, estratégias de prevenção e intervenção eficientes, adequadas à realidade social de cada contexto. (COSTA, 2013, p. 20-21).

Assim, políticas públicas que objetivem a promoção da saúde e que diminuam os índices de mortalidade e morbidade, devem fazer parte da agenda das autoridades em todas as esferas públicas, nos âmbitos municipal, estadual e federal. Estudos apontam para o fato de que essas políticas devem estar orientadas para um enfoque que privilegie a vigilância à violência, tendo como meta primordial sua prevenção. Nessa direção, Mello Jorge (2014) afirma que as mortes ocorridas por causas evitáveis continuam a tirar adolescentes e jovens do convívio social. Isso, sem dúvida, coloca em risco o desejado aumento da expectativa de vida da população.

Além do enfoque na prevenção da violência contra os jovens e adolescentes, as políticas públicas devem se voltar para a melhoria das condições de saúde de modo geral, não só no sentido de prevenir mortes e doenças graves, mas também para enfatizar o investimento nas políticas públicas sobre saúde sexual e reprodutiva dessa clientela. Destaca-se a importância de considerar maior investimento nas políticas públicas sobre saúde sexual e

reprodutiva entre adolescentes e jovens, dentro de uma perspectiva familiar, ou seja, lançar o olhar para os vários comportamentos de risco, nessa fase da vida, tais como o uso de drogas e a iniciação sexual precoce. Portanto, relações familiares saudáveis devem ser consideradas como um fator fundamental de proteção e prevenção. Apesar de o adolescente estar inserido em uma rede maior de relações, o contexto familiar é considerado o maior fator para a prevenção de comportamentos de risco (CAMINHA; CAMINHA; BENEDETTI, 2017).

Aponta-se também a importância de as políticas públicas de saúde dirigirem um olhar especial para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população, na construção de estratégias intersetoriais que atuem na redução da vulnerabilidade e ampliem a cobertura de toda população de adolescentes e jovens. Ademais, almeja-se que essas políticas estejam integradas ao sistema de saúde de tal forma, que permitam o acesso universal e de qualidade à saúde.

Vale salientar que a família é um dos principais alvos de ações prioritárias na prevenção dos homicídios, pois é ela que deve acompanhar o dia a dia dos adolescentes e jovens. Além do mais, as ações de prevenção já existentes – como as realizadas pelo CRAS, Programa de Atenção Integral à Família e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo – fortalecem o vínculo familiar, em especial daqueles jovens em situação de vulnerabilidade. Por outro lado, a disponibilidade de áreas de lazer e a oferta de cursos profissionalizantes, com vistas a ocupar o tempo ocioso da juventude, apresentam-se como sugestões de ações para as políticas públicas de prevenção da violência contra adolescentes e jovens. Tais ações podem ser desenvolvidas pelas escolas, como ocorre com o Programa Mais Educação (SOUZA et al., 2016).

A Lei nº 13.104/2015, conhecida como Lei do Feminicídio, torna o homicídio de mulheres um crime hediondo, quando envolve violência doméstica e familiar, bem como menosprezo ou discriminação à condição de mulher (CERQUEIRA et al., 2017). A ampliação e o aprimoramento da rede de atendimento à mulher são fundamentais não apenas para o melhor acompanhamento das vítimas, mas também pelo seu papel na prevenção da violência contra a mulher. Essa Lei reforça a necessidade de se desenvolverem ações e programas multissetoriais e multidisciplinares de forma permanente, para a redução do feminicídio (CERQUEIRA et al., 2017).

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo epidemiológico descritivo, do tipo série temporal, com base em dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Tais dados são constituídos por informações provenientes das declarações de óbito, com a finalidade de subsidiar análises sobre causas de óbitos de adolescentes e jovens, no período de 2007 a 2016. A pesquisa descritiva permite evidenciar determinadas características de uma população como um todo, além do registro sistemático da extensão e da gravidade dos problemas de saúde, bem como a distribuição de eventos como enfermidades, agravos, exposições, dentre outros (LAKATOS; MARCONI, 2010; SANTANA; CUNHA, 2013).

Os estudos de série temporal têm por objetivo comparar uma população geograficamente definida, suas taxas de morbidade e mortalidade ou outro indicador de saúde através do tempo. Também podem identificar mudanças no nível de exposição e nas taxas de morbidade e (ou) mortalidade e avaliar o impacto de ações, programas ou políticas públicas (AQUINO et al., 2013).

A análise de dados de séries temporais é obtida por meio de técnicas descritivas para identificar tendências, padrões cíclicos que devem ser escolhidos a depender do objetivo do estudo e do tipo de série temporal analisada. Os dados coletados por outros pesquisadores e que estejam à disposição para os estudos epidemiológicos são denominados de dados secundários (LAKATOS; MARCONI, 2010; SANTANA; CUNHA, 2013).

A análise da evolução temporal constitui-se em instrumento de vigilância epidemiológica para prevenção primária (redução da exposição a fatores de risco) e secundária (rastreamento) de doenças, objetivando a redução da mortalidade (SILVA; ZANDONADE; ZOUAIN-FIGUEIREDO, 2014).

5.2 FONTE DE DADOS

O estudo foi realizado com base nas notificações dos óbitos ocorridos no município de Feira de Santana (BA), as quais foram extraídas do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA), da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

No SIM, os dados provêm de cópias das Declarações de Óbito (DO), que são emitidas por médicos e captadas nos cartórios de registro civil e nas secretarias de saúde dos municípios (MOTA; ALMEIDA; VIACAVA, 2013). O documento oficial para atestar a morte de um indivíduo é a DO, e seu preenchimento é de responsabilidade do profissional médico, o que está disposto na resolução CFM n. 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), excetuando-se apenas os casos confirmados ou suspeitos de morte por causas externas, quando a responsabilidade é atribuída a um médico do Instituto Médico Legal (IML) (CASCÃO et al., 2013).

Os dados referentes à população na faixa etária de 10 a 19 anos foram obtidos na plataforma *on line* da SESAB, SUVISA, DIVEP, no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). A presente pesquisa foi realizada exclusivamente com dados secundários, obtidos na base estadual do Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso público, disponibilizados no sítio eletrônico da SUVISA.

5.3 ÁREA DE ESTUDO

O município de Feira de Santana está situado a 116 km de sua capital, Salvador. Essa é a maior cidade do interior nordestino e a segunda mais populosa do Estado. Sua população, estimada em 2015, era de 617.525 habitantes. O número de adolescentes, na faixa de 10 a 14 anos, era de 50833 e, na de 15 a 19 anos, era de 50696 (BRASIL, 2018).

Feira de Santana encontra-se no principal entroncamento rodoviário do Norte-Nordeste brasileiro, onde ocorre o encontro das BR 101, 116 e 324, além de outras rodovias estaduais, funcionando como ponto de passagem para o tráfego que vem do Sul, do Sudeste e do Centro-Oeste, ligando Salvador e outras capitais (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Essa condição contribui para o aumento expressivo da violência.

5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foram incluídos todos os óbitos de adolescentes de duas faixas etárias: 10 a 14 e 15 a 19 anos, de ambos os sexos, ocorridos no município de Feira de Santana, no período de 2007 a 2016, conforme local de residência. Considerou-se critério da OMS para a faixa etária de 10 a 19 anos, conforme padronização do sistema SIM para as faixas etárias detalhadas.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, foi utilizada a faixa etária de 10 a 19 anos de idade e de todos os óbitos ocorridos entre adolescentes residentes em Feira de Santana, Bahia, registrados no SIM, no período compreendido entre 2007 a 2016. O critério de exclusão adotado foi o de óbitos ocorridos em outras faixas etárias e em sujeitos residentes em outros municípios.

5.6 INSTRUMENTO DE COLETA

Foi elaborado um formulário com informações sociodemográficas sobre as seguintes variáveis: sexo (masculino e feminino); faixa etária de (10 a 14 e 15 a 19 anos); raça ou cor (branca, preta, parda, indígena e ignorada); escolaridade (nenhuma, ensino fundamental I, ensino fundamental II, ensino médio incompleto, ensino médio completo e ignorada); local de ocorrência (hospital, domicílio, outro estabelecimento de saúde, outros locais e ignorado) e variáveis relativas a causas de morte. As causas básicas de óbito foram agrupadas como causas externas (homicídio, acidente de transportes, outros acidentes, afogamento, queimadura, suicídio, quedas e eventos cuja intenção é indeterminada) e causas naturais (algumas doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários, doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, doenças do sistema nervoso, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo, doenças da pele e do tecido subcutâneo, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho geniturinário, gravidez, parto e puerpério, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas e sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte), conforme a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

5.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis do estudo foram classificadas em variáveis sociodemográficas, histórico do óbito e variáveis causas de morte.

- **Variáveis sociodemográficas:** sexo (masculino, feminino); faixa etária (de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos); escolaridade (nenhuma, ensino fundamental I, ensino fundamental II, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ignorada) raça ou cor (branca, preta, parda e indígena, ignorada); local de ocorrência (hospital, outro estabelecimento de saúde, domicílio, outros locais, ignorado); e local de residência (Feira de Santana, BA).

Os grupos específicos de outras causas de morte foram categorizados conforme a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), a saber:

- **Doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)**
- **Neoplasias (C00-D48)**
- **Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários (D50-D89)**
- **Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)**
- **Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)**
- **Doenças do sistema nervoso (G00-G99)**
- **Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)**
- **Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)**
- **Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)**
- **Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)**
- **Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)**
- **Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)**
- **Gravidez, parto e puerpério (O00-O99)**
- **Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)**
- **Sinais, sintomas e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99)**

Os grupos específicos de causa básica de óbito por causa externa foram categorizados conforme o CID-10. Foram utilizados quatro agrupamentos de causas:

- **Acidentes de transporte terrestre:** pedestres (V01-V09), ciclista (V10-V19), motocicletas (V20-V39), ocupantes de veículos (V40-V79) e outros acidentes de transporte terrestre (V80-V89);
- **Suicídios:** lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84);

- **Homicídios:** agressões (X85 a Y09), intervenções legais (Y35); serão incluídos traumatismos infligidos por agentes da lei no cumprimento de suas obrigações;
- **Outras causas externas:** demais acidentes (V90-V99, W20-X59), outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), demais causas externas (Y40-Y98).

No Brasil, em 1975, foi implantado pelo Ministério da Saúde, um sistema de informação específico para esse fim, o Sistema de Informação sobre Mortalidade. O sistema do Ministério da Saúde coleta os dados diretamente dos hospitais, no caso de óbitos hospitalares, ficando os cartórios como única fonte para as mortes ocorridas nos domicílios. Em ambos os casos, a fonte primária dos dados é a Declaração de Óbito (LAURENTI; MELLO JORGE; GOTLIEB, 2006).

5.8 ANÁLISE DE DADOS

A análise foi processada em duas etapas: na primeira, foram calculadas as frequências das variáveis estudadas e da variável principal “óbito”, nas duas faixas: de 10 a 14 e de 15 a 19 anos, no período de 2007 a 2016. Na segunda etapa, foram calculados os coeficientes de mortalidade específicos e elaboradas as curvas de incidência para as mencionadas faixas etárias, no período de 2007 a 2015. Para essa etapa, utilizou-se, no denominador, a população referida no período de 2007 a 2015, pois os dados de 2016 não estavam disponibilizados na plataforma, sendo esse o único registro encontrado no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para o cálculo dos coeficientes de causas externas e naturais, foram consideradas, como numerador, as causas externas, ou seja, o número de óbito por homicídios, acidentes de transportes, evento cuja intenção é indeterminada e demais causas externas. Para as causas não naturais, o numerador consistiu no número de óbitos por neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, e demais grupos de causas; no denominador foi inserido o número correspondente à população estimada para a mesma faixa etária e ano (2007 a 2015).

A partir dos óbitos registrados no SIM, foi calculada a mortalidade proporcional por grupos de causas externas: agressões (X85-Y09), acidentes de transporte (V01-V99), outras causas externas de traumatismos acidentais (W00-X59), lesões autoprovocadas

intencionalmente (X60-X84), eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34), e outras causas externas (Y40-Y98). Por causas naturais, foram considerados: neoplasias (C00-D48), doenças do aparelho circulatório (I00-I99), doença do aparelho respiratório (J00-J99), sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99) e demais grupos de causas. Em particular, para mulheres, foi considerado o grupo de causas relacionadas a gravidez, parto e puerpério (000-099). Os dados foram tratados e analisados por meio de estatística descritiva, apresentados em gráficos e tabelas, ano a ano, por causa de morte.

O coeficiente de incidência de óbitos é um indicador que informa o “risco” de ocorrência de um evento em uma dada população, pois representa a relação entre os óbitos ocorridos nessa população. Neste estudo, esse coeficiente indica o total de óbitos ocorridos entre os indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos (10 a 14 e 15 a 19) e a população total da referida faixa etária de 10 a 19 anos (10 a 14 e 15 a 19), por período de tempo definido (2007 a 2015) em determinado local (Feira de Santana, BA). Nesta pesquisa, para a construção desse coeficiente, foi utilizada a população residente no município de Feira de Santana (BA), na faixa etária de 10 a 14 e 15 a 19 anos, no período de 2007 a 2015, segundo estimativas populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde, pelo Sistema de Vigilância da Saúde (SVS) e pela Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE).

As causas dos óbitos agrupadas como externas foram: homicídios, acidentes de transportes, eventos cuja intenção é indeterminada, afogamentos, queimaduras, suicídios; quedas e outros acidentes foram consolidados como demais grupos de causas externas, por serem pouco representativos na população estudada.

Entre as causas de óbitos naturais, segundo o CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), foram selecionadas as seguintes doenças: neoplasias, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratórios não classificados em outra parte, doença do sistema nervoso e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Os demais grupos de causas foram considerados conjuntamente, pois apresentavam um número pequeno de casos, ou eram pouco expressivos.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (UEFS), com parecer consubstanciado do

CEP, protocolo nº 2.4998.720, de 18 de fevereiro de 2018, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 80179417.0.0000.0053.

O estudo respeitou os princípios da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), do Ministério da Saúde (MS), assumindo o compromisso ético com o anonimato, a proteção à dignidade humana e a integridade dos dados mencionados.

6 RESULTADOS

Diante do percurso realizado e considerando as reflexões e discussões com base na literatura sobre o objeto desta pesquisa – mortalidade entre adolescentes em uma década, em Feira de Santana –, apontamos alguns resultados significativos, os quais, por sua vez, merecem destaque quanto à magnitude e ao impacto social e científico que trazem para a comunidade acadêmica.

Foram registrados 1247 óbitos de indivíduos na faixa etária estudada (10 a 19 anos) no período de 2007 a 2016 (Tabela 1). Desses, 84,4% (1053) ocorreram com adolescentes do sexo masculino e 15,6% (194) do sexo feminino. Observou-se, nas duas faixas etárias estudadas – 10 a 14 e 15 a 19 anos – uma maior ocorrência de óbitos no sexo masculino 66,3% e 87,1%, respectivamente. Quanto à etnia (raça ou cor), 62,1 % dos óbitos ocorreram entre pardos e 21,2% em pretos; em 10,8% dos casos, a informação consta como ignorada. Em relação à escolaridade, 22,5% ocorreram entre aqueles que tinham ensino fundamental II e 8,2% entre os que tinham ensino médio incompleto. A frequência de dados ignorados (59,8%) chama a atenção. Os óbitos ocorreram com maior frequência em estabelecimentos de saúde (44,7%), seguido de outros locais (33,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo sexo, raça ou cor, escolaridade e local de ocorrência, Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016
(continua)

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA				Total	%
	10 a 14 anos		15 a 19 anos			
	N	%	N	%		
SEXO						
Masculino	106	66,3	947	87,1	1053	84,4
Feminino	54	33,8	140	12,9	194	15,6
Total	160	100,0	1087	100,0	1247	100,0
ETNIA (RAÇA ou COR)						
Branca	18	11,3	55	5,1	73	5,9
Preta	36	22,5	228	21,0	264	21,2
Parda	85	53,1	689	63,4	774	62,1
Indígena	-	-	1	0,1	1	0,1
Ignorado	21	13,1	114	10,5	135	10,8
Total	160	100,0	1087	100,0	1247	100,0
ESCOLARIDADE						
Nenhuma	12	7,5	31	2,9	43	3,4
Ensino fundamental I	15	9,4	50	4,6	65	5,2
Ensino fundamental II	46	28,8	235	21,6	281	22,5
Ensino médio incompleto	6	3,8	96	8,8	102	8,2
Ensino médio completo	-	-	10	0,9	10	0,8
Ignorado	81	50,6	665	61,2	746	59,8
Total	160	100,0	1087	100,0	1247	100,0

Tabela 1 – Distribuição dos óbitos nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo sexo, raça ou cor, escolaridade e local de ocorrência, Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

(conclusão)

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA					
	10 a 14 anos			15 a 19 anos		
LOCAL DE OCORRÊNCIA						
Domicílio	13	8,1	76	7,0	89	7,1
Estabelecimentos de saúde ¹	96	60,0	461	42,4	557	44,7
Outros locais	26	16,3	386	35,5	412	33,0
Ignorado	25	15,6	164	15,1	189	15,2
Total	160	100,0	1087	100,0	1247	100,0

Fontes: SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

¹ Estabelecimentos de Saúde (hospitais e outros estabelecimentos).

Última atualização: 31/01/2018.

Em relação à causa do óbito, pode-se destacar que as causas externas, especificamente os homicídios, apresentaram maior frequência entre os adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos (60,1%), bem como na faixa etária de 10 a 14 anos (36,4%). Para o sexo feminino, a frequência de homicídios observada na faixa etária de 15 a 19 anos foi de 28,8%, e de 25,0% na faixa de 10 a 14 anos. Em relação às causas naturais, no sexo masculino, destacaram-se as neoplasias, com 25,0% na faixa etária de 10 a 14 anos, e os sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte, com 31,1% na faixa etária de 15 a 19 anos. No sexo feminino destacaram-se as neoplasias, com 13,2% na faixa etária de 10 a 14 anos e com 17,0%, na faixa etária de 15 a 19 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das causas dos óbitos por sexo, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

(continua)

CAUSAS	10 a 14 anos				15 a 19 anos			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS NATURAIS								
Neoplasias	10	25,0	5	13,2	14	15,6	15	17,0
Doenças do aparelho circulatório	3	7,5	2	5,3	13	14,4	11	12,5
Doenças do aparelho respiratório	5	12,5	4	10,5	10	11,1	07	8,0
Sintomas, sinais e achados anormais	4	10,0	5	13,2	28	31,1	10	11,4
Doenças do sistema nervoso	7	17,5	5	13,2	8	8,9	6	6,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2	5,0	4	10,5	6	6,7	11	12,5
Demais grupos de causas ¹	9	22,5	13	34,2	11	12,2	28	31,8
Total	40	100,0	38	100,0	90	100,0	88	100,0

Tabela 2 – Distribuição das causas dos óbitos por sexo, nas faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

(conclusão)

CAUSAS	10 a 14 anos				15 a 19 anos			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
CAUSAS EXTERNAS								
Homicídio	24	36,4	4	25,0	515	60,1	15	28,8
Acidentes de transportes	5	7,6	3	18,8	25	2,9	11	21,2
Eventos cuja intenção é indeterminada	23	34,8	5	31,3	269	31,4	15	28,8
Demais causas externas ²	14	21,2	4	25,0	48	5,6	11	21,2
Total	66	100,0	16	100,0	857	100,0	52	100,0

Fontes: SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ SIM.

¹ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

² Suicídio; queda; afogamento; queimadura; outros acidentes.

Última atualização: 31/01/2018.

Na faixa etária de 10 a 14 anos, como causa de óbito de negros do sexo masculino, foram constatados 57,1% de óbitos por neoplasia (causas naturais) e 50,0% de óbitos por homicídios, entre as causas externas. Para o sexo feminino, entre as causas de óbito naturais, destacaram-se as neoplasias entre as brancas, com 28,6%. Em relação às causas externas de óbito no sexo feminino, entre as negras, os homicídios correspondem a 50,0% dos óbitos (Tabela 3).

Vale destacar que, dentre as causas naturais de óbito, na faixa etária de 15 a 19 anos, no sexo masculino e no sexo feminino, a principal causa de óbito foram as neoplasias entre os brancos, com 21,4% e 26,7%, respectivamente. Quanto às causas externas de óbitos, nessa mesma faixa etária, no sexo masculino e no sexo feminino, a principal causa de óbito foram os homicídios entre os pardos, com 63,2% e 31,4%, respectivamente (Tabela 4).

Tabela 3 – Distribuição causas dos óbitos por raça e sexo, na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

CAUSAS	10 a 14 anos – MASCULINO										10 a 14 anos – FEMININO										
	Branca		Preta		Parda		Indígena		Ignorada		Branca		Preta		Parda		Indígena		Ignorada		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
CAUSAS NATURAIS																					
Neoplasias	-	-	04	57,1	05	20,8	-	-	01	25,0	02	28,6	01	11,1	01	6,3	-	-	01	16,7	
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	02	8,3	-	-	01	25,0	-	-	02	22,2	-	-	-	-	-	-	
Doenças do aparelho respiratório	-	-	01	14,3	04	16,7	-	-	-	-	-	-	02	22,2	02	12,5	-	-	-	-	
Sintomas, sinais e achados anormais.	-	-	-	-	03	12,5	-	-	01	25,0	-	-	01	11,1	04	25,0	-	-	-	-	
Doenças do sistema nervoso	03	60,0	-	-	04	16,7	-	-	-	-	-	-	01	11,1	02	12,5	-	-	02	33,3	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	01	4,2	-	-	01	25,0	02	28,6	-	-	01	6,3	-	-	01	16,7	
Demais grupos de causas ¹	02	40,0	02	28,6	05	20,8	-	-	-	-	03	42,9	02	22,2	06	37,5	-	-	02	33,3	
Total	05	100,0	07	100,0	24	100,0	-	-	04	100,0	07	100,0	09	100,0	16	100,0	-	-	06	100,0	
CAUSAS EXTERNAS																					
Homicídio	-	-	09	50,0	13	37,1	-	-	02	20,0	-	-	01	50,0	02	20,0	-	-	01	100,0	
Acidentes de transportes	-	-	-	-	04	11,4	-	-	01	10,0	01	33,3	-	-	02	20,0	-	-	-	-	
Eventos cuja intenção é indeterminada	02	66,7	05	27,8	13	37,1	-	-	03	30,0	01	33,3	-	-	04	40,0	-	-	-	-	
Demais causas externas ²	01	33,3	04	22,2	05	14,3	-	-	04	40,0	01	33,3	01	50,0	02	20,0	-	-	-	-	
Total	03	100,0	18	100,0	35	100,0	-	-	10	100,0	03	100,0	02	100,0	10	100,0	-	-	01	100,0	

Fontes: SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

¹ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

² Suicídio; queda; afogamento; queimadura; outros acidentes.

Última atualização: 24/04/2018.

Tabela 4 – Distribuição causas dos óbitos por raça e sexo, na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

CAUSAS	15 a 19 – MASCULINO										15 a 19 – FEMININO										
	Branca		Preta		Parda		Indígena		Ignorado		Branca		Preta		Parda		Indígena		Ignorado		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
CAUSAS NATURAIS																					
Neoplasias	03	21,4	01	9,1	03	6,4	-	-	07	38,9	04	26,7	02	13,3	08	19,0	-	-	01	6,3	
Doenças do aparelho circulatório	03	21,4	02	18,2	07	14,9	-	-	01	5,6	02	13,3	02	13,3	05	11,9	-	-	02	12,5	
Doenças do aparelho respiratório	03	21,4	-	-	06	12,8	-	-	01	5,6	01	6,7	03	20,0	01	2,4	-	-	02	12,5	
Sintomas, sinais e achados anormais	03	21,4	05	45,5	17	36,2	-	-	03	16,7	-	-	01	6,7	06	14,3	-	-	02	12,5	
Doenças do sistema nervoso	02	14,3	-	-	05	10,6	-	-	01	5,6	02	13,3	-	-	05	11,9	-	-	-	-	
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	01	9,1	04	8,5	-	-	01	5,6	01	6,7	01	6,7	08	19,0	-	-	01	6,3	
Demais grupos de causas ¹	-	-	02	18,2	05	10,6	-	-	04	22,2	05	33,3	06	40,0	09	21,4	-	-	08	50,0	
Total	14	100,0	11	100,0	47	100,0	-	-	18	100,0	15	100,0	15	100,0	42	100,0	-	-	16	100,0	
CAUSAS EXTERNAS																					
Homicídio	10	41,7	103	53,6	357	63,2	-	-	46	61,3	-	-	02	20,0	11	31,4	-	-	02	40,0	
Acidentes de transportes	02	8,3	05	2,6	17	3,0	-	-	01	1,3	02	100,0	01	10,0	07	20,0	-	-	01	20,0	
Eventos cuja intenção é indeterminada	09	37,5	74	38,5	159	28,1	01	100	25	33,3	-	-	05	50,0	09	25,7	-	-	01	20,0	
Demais causas externas ²	03	12,5	10	5,2	32	5,7	-	-	03	4,0	-	-	02	20,0	08	22,9	-	-	01	20,0	
Total	24	100,0	192	100,0	565	100,0	01	100	75	100,0	02	100,0	10	100,0	35	100,0	-	-	05	100,0	

Fontes: SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

¹ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

² Suicídio; queda; afogamento; queimadura; outros acidentes.

Última atualização: 24/04/2018.

As neoplasias foram as principais causas naturais de óbito, na faixa etária de 10 a 14 anos, para o sexo masculino, entre os que apresentavam o ensino fundamental I, com 80,0%. Para o sexo feminino, entre as que apresentavam nenhuma escolaridade, a principal causa de óbito foram neoplasias, com 33,3%. Em relação a causas externas de óbitos, na faixa etária de 10 a 14 anos, no sexo masculino, os homicídios lideraram entre os que apresentavam o ensino fundamental II, com 40,0%; no sexo feminino, essa ocorrência foi de 36,4% entre as que apresentaram escolaridade ignorada (Tabela 5).

Quanto às causas naturais de óbito, na faixa etária de 15 a 19 anos, para o sexo masculino, a principal foram as doenças do sistema nervoso, entre os que apresentavam nenhuma escolaridade, com 38,5%; para o sexo feminino, a principal causa de óbito foram as neoplasias, entre as que apresentavam ensino médio completo, com 66,7%. Já dentre as causas externas de óbitos, na faixa etária de 15 a 19 anos, para o sexo masculino, a principal delas foram os homicídios entre os que apresentavam o ensino fundamental I, com 70,6%; para o sexo feminino, a principal causa de óbito foram os homicídios, entre as que apresentaram escolaridade ignorada, com 38,2% (Tabela 6).

Tabela 5 – Distribuição causas dos óbitos por escolaridade e sexo, na faixa etária de 10 a 14 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

CAUSAS	10 a 14 anos – MASCULINO												10 a 14 anos – FEMININO											
	Nenhuma		Ensino fundamental I		Ensino fundamental II		Ensino médio incompleto		Ensino médio Completo		Ignorado		Nenhuma		Ensino fundamental I		Ensino fundamental II		Ensino médio incompleto		Ensino médio completo		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS NATURAIS	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Neoplasias	-	-	04	80,0	04	44,4	-	-	-	-	02	12,5	01	33,3	01	20,0	02	20,0	01	50,0	-	-	-	-
Doenças do aparelho circulatório	-	-	-	-	01	11,1	-	-	-	-	02	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	11,1
Doenças do aparelho respiratório	02	25,0	01	20,0	-	-	-	-	-	-	02	12,5	-	-	-	-	02	20,0	-	-	-	-	02	11,1
Sintomas, sinais e achados anormais	01	12,5	-	-	-	-	01	50,0	-	-	02	12,5	-	-	01	20,0	01	10,0	-	-	-	-	03	16,7
Doenças do sistema nervoso	02	25,0	-	-	02	22,2	-	-	-	-	03	18,8	01	33,3	-	-	02	20,0	-	-	-	-	02	11,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	02	12,5	-	-	02	40,0	-	-	-	-	-	-	02	11,1
Demais grupos de causas ¹	03	37,5	-	-	02	22,2	01	50,0	-	-	03	18,8	01	33,3	01	20,0	03	30,0	01	50,0	-	-	07	38,9
Total	08	100,0	05	100,0	09	100,0	02	100	-	-	16	100,0	03	100,0	05	100,0	10	100,0	02	100,0	-	-	18	100,0
CAUSAS EXTERNAS																								
Homicídio	-	-	-	-	10	40,0	-	-	-	-	14	38,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04	36,4
Acidentes de transportes	-	-	-	-	03	12,0	-	-	-	-	02	5,6	-	-	01	33,3	01	50,0	-	-	-	-	01	9,1
Eventos cuja intenção é indeterminada	-	-	01	50,0	05	20,0	01	50,0	-	-	16	44,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	05	45,5
Demais causas externas ²	01	100,0	01	50,0	07	28,0	01	50,0	-	-	04	11,1	-	-	02	66,7	01	50,0	-	-	-	-	01	9,1
Total	01	100,0	02	100,0	25	100,0	02	100,0	-	-	36	100,0	-	-	03	100,0	02	100,0	-	-	-	-	11	100

Fontes: SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

¹ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas.

² Suicídio; queda; afogamento; queimadura; outros acidentes.

Última atualização: 24/04/2018.

Tabela 6 – Distribuição causas dos óbitos por escolaridade e sexo, na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo grupos de causas, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período 2007 a 2016

CAUSAS	15 a 19 anos – MASCULINO												15 a 19 anos – FEMININO											
	Nenhuma		Ensino fundamental I		Ensino fundamental II		Ensino médio incompleto		Ensino médio completo		Ignorado		Nenhuma		Ensino fundamental I		Ensino fundamental II		Ensino médio incompleto		Ensino médio completo		Ignorado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CAUSAS NATURAIS	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Neoplasias	01	7,7	-	-	-	-	03	23,1	01	50,0	09	19,6	-	-	01	11,1	-	-	04	44,4	02	66,7	08	15,7
Doenças do aparelho circulatório	01	7,7	-	-	02	20,0	03	23,1	01	50,0	06	13,0	-	-	01	11,1	04	50,0	-	-	-	-	06	11,8
Doenças do aparelho respiratório	02	15,4	01	16,7	02	20,0	01	7,7	-	-	04	8,7	-	-	-	-	-	-	01	11,1	-	-	06	11,8
Sintomas, sinais e achados anormais	04	30,8	02	33,3	04	40,0	04	30,8	-	-	14	30,4	-	-	01	11,1	01	12,5	-	-	-	-	07	13,7
Doenças do sistema nervoso	05	38,5	-	-	-	-	-	-	-	-	03	6,5	02	25,0	02	22,2	-	-	-	-	-	-	03	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	-	01	16,7	01	10,0	01	7,7	-	-	03	6,5	02	25,0	02	22,2	-	-	01	11,1	-	-	06	11,8
Demais grupos de causas ¹	-	-	02	33,3	01	10,0	01	7,7	-	-	07	15,2	04	50,0	02	22,2	03	37,5	03	33,3	01	33,3	15	29,4
Total	13	100,0	06	100,0	10	100,0	13	100,0	02	100,0	46	100,0	08	100,0	09	100,0	08	100,0	09	100,0	03	100,0	51	100,0
CAUSAS EXTERNAS																								
Homicídio	01	11,1	24	70,6	124	59,9	31	45,6	-	-	336	62,9	-	-	-	-	01	10,0	01	16,7	-	-	13	38,2
Acidentes de Transportes	-	-	02	5,9	06	2,9	03	4,4	-	-	14	2,6	-	-	01	100,0	03	30,0	03	50,0	-	-	04	11,8
Eventos cuja intenção é indeterminada	08	88,9	08	23,5	57	27,5	24	35,3	04	80,0	167	31,3	-	-	-	-	04	40,0	02	33,3	-	-	09	26,5
Demais causas externas ²	-	-	-	-	20	9,7	10	14,7	01	20,0	17	3,2	01	100,0	-	-	02	20,0	-	-	-	-	08	23,5
Total	09	100,0	34	100,0	207	100,0	68	100,0	05	100,0	534	100,0	01	100,0	01	100,0	10	100,0	06	100,0	-	-	34	100,0

Fontes: SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

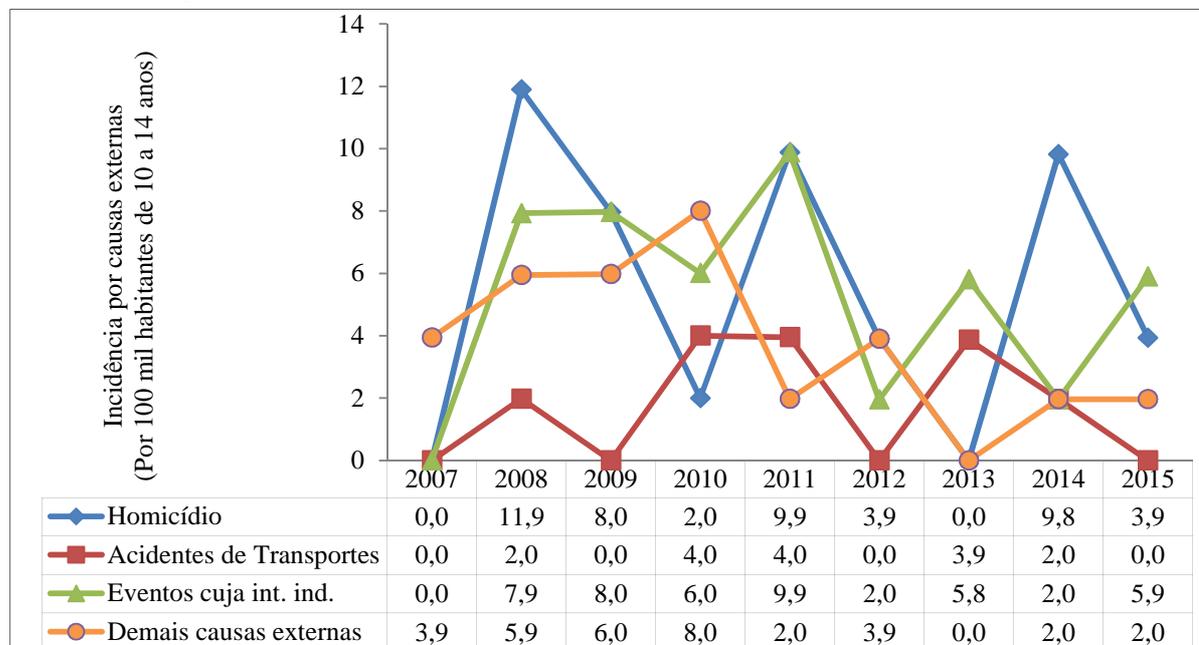
¹ Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; transtornos mentais e comportamentais; doenças do aparelho digestivo; doenças de pele e do tecido subcutâneo; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; doenças do aparelho geniturinário; gravidez, parto e puerpério; malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas.

² Suicídio; queda; afogamento; queimadura; outros acidentes.

Última atualização: 24/04/2018.

No Gráfico 1, verifica-se que, na faixa etária de 10 a 14 anos, ao longo do período estudado, o coeficiente por homicídio apresentou-se elevado, com exceção do ano de 2013. Os homicídios apresentaram picos de incidência em 2008, 2011 e 2014, enquanto os acidentes de trânsito mostraram distribuição mais uniforme, com pico de incidência em 2010, 2011 e 2013. Observou-se que, até o ano de 2010, os óbitos por demais causas externas apresentaram uma elevada incidência, embora, a partir de 2010, se observe uma tendência de queda na incidência dessa causa de óbito. Os homicídios e os acidentes de transportes (causas externas) mostraram perfis de incidência irregular, ao longo do período.

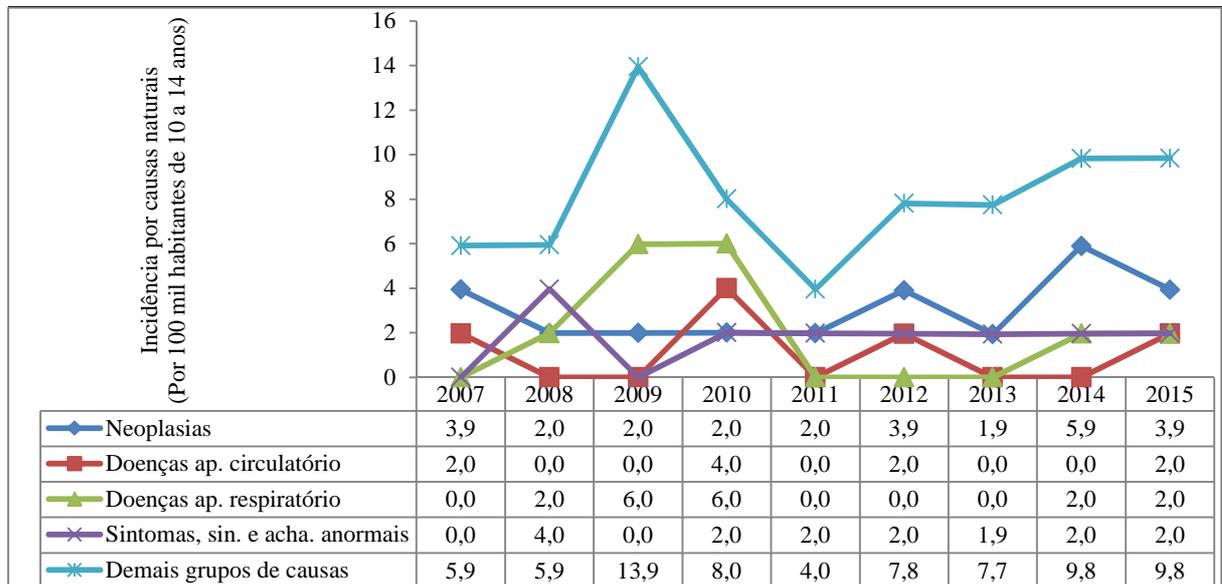
Gráfico 1 – Coeficientes de incidência de óbitos por causas externas, em adolescentes, segundo faixa etária de 10 a 14 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015



Fontes: MS, DATASUS, IBGE, SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

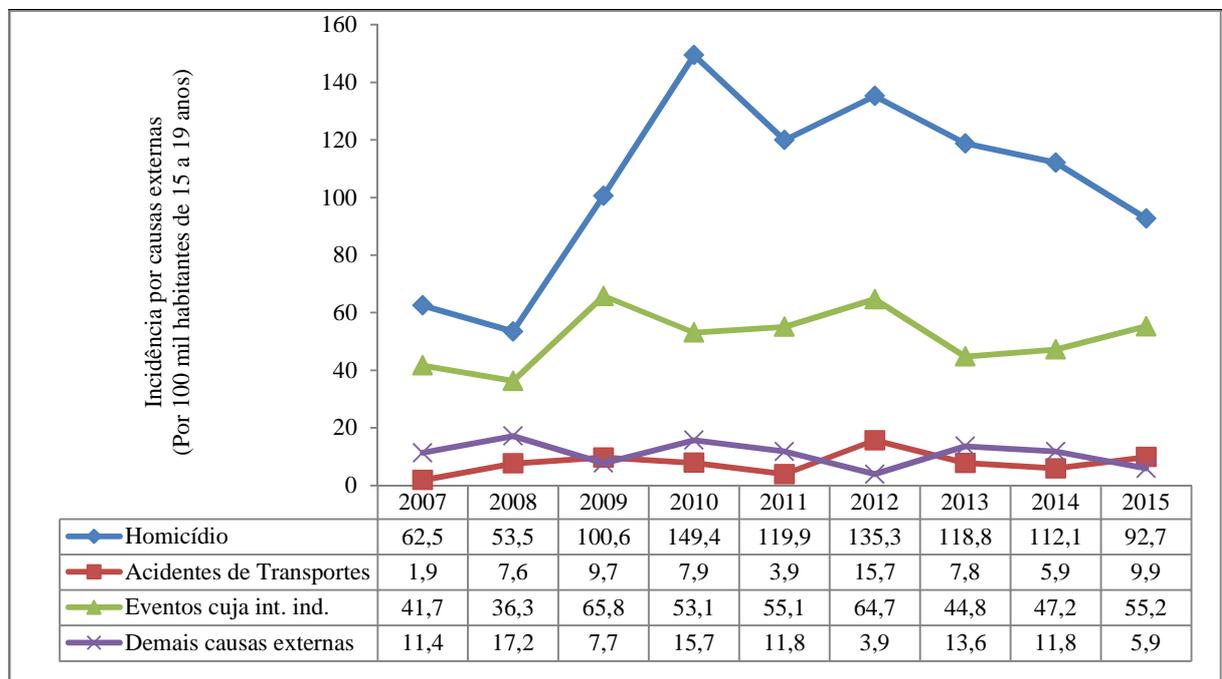
No Gráfico 2, em relação à faixa etária de 10 a 14 anos, observa-se a elevação do coeficiente de incidência das neoplasias no período estudado. Os demais grupos de causas apresentaram incidência mais elevada ao longo do período estudado, especialmente em 2009. As outras causas estudadas evidenciaram comportamento irregular no período estudado, com exceção dos sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Coeficientes de incidência de óbitos por causas naturais, em adolescentes, segundo faixa etária de 10 a 14 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015



Fontes: MS, DATASUS, IBGE, SESAB/ SUVISA/ DIVEP/ SIM.

Gráfico 3 – Coeficientes de incidência de óbitos por causas externas, em adolescentes, segundo faixa etária de 15 a 19 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015



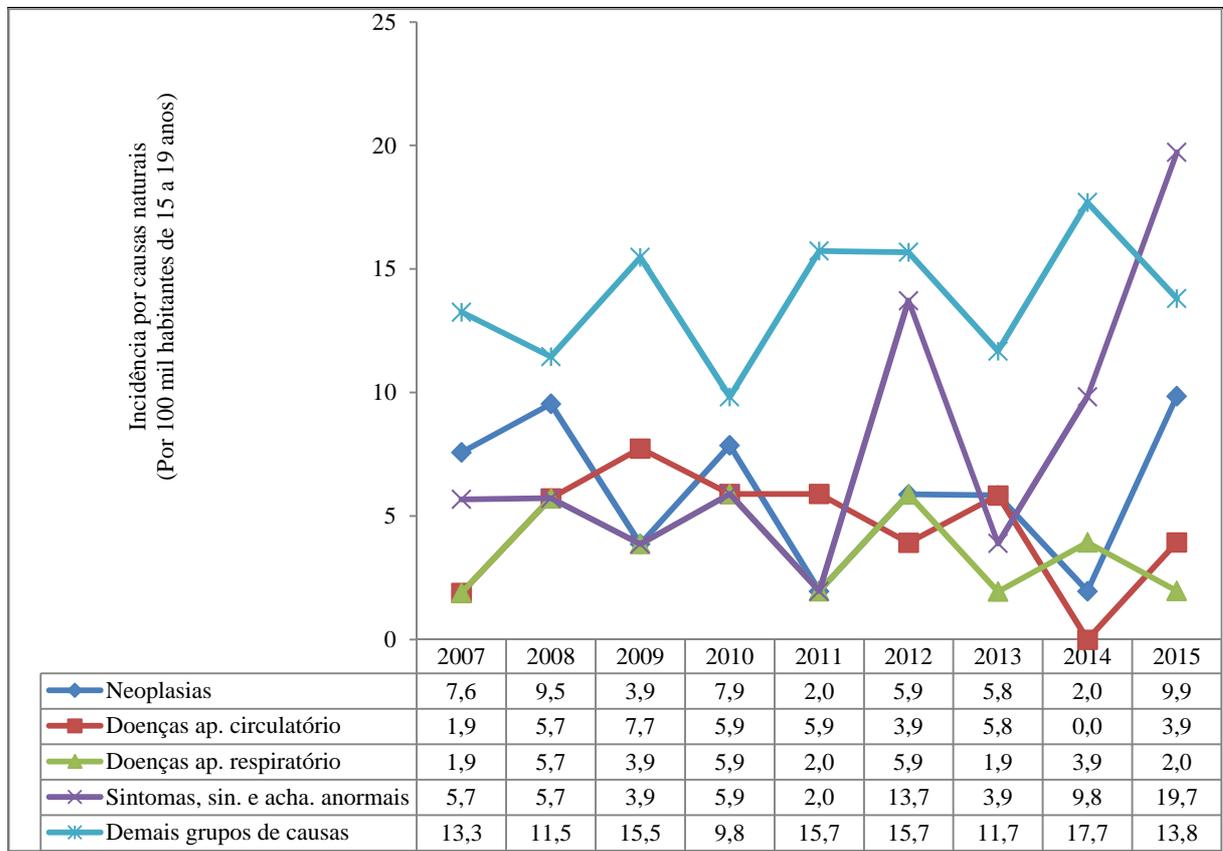
Fontes: MS, DATASUS, IBGE, SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

No Gráfico 3, observa-se elevada incidência dos óbitos por homicídios e eventos com intenção indeterminada, na faixa etária de 15 a 19 anos, durante todo o período estudado. Verificou-se ainda uma tendência de redução da incidência dos óbitos por homicídios a partir

do ano de 2012, além de uma incidência baixa e irregular dos óbitos por acidente de transporte e pelas demais causas externas.

No Gráfico 4, observa-se elevada incidência dos óbitos por demais grupos de causas e uma tendência de elevação da incidência dos óbitos por sintomas, sinais e achados anormais de exames de laboratório não classificados em outra parte, a partir de 2013, com ápice em 2015, quando supera a incidência dos óbitos por demais grupos de causa, na faixa etária de 15 a 19 anos. Os outros grupos apresentam incidência irregular no período estudado (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Coeficientes de incidência de óbitos por causas naturais, em adolescentes, segundo faixa etária 15 a 19 anos, em Feira de Santana, Bahia, Brasil, no período de 2007 a 2015



Fontes: MS, DATASUS, IBGE, SESAB, SUVISA, DIVEP, SIM.

7 DISCUSSÃO

Os adolescentes, por sua complexidade, tornam-se um grupo prioritário para as políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (SILVA; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2016).

O presente estudo evidenciou elevada frequência de óbitos: 66,3% e 87,1%, para o sexo masculino, na faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, no período estudado. Mello Jorge (2014) afirma que, na faixa etária de 10 a 14 anos, a mortalidade, no sexo masculino, é mais elevada do que no sexo feminino, e essa diferença se acentua expressivamente na faixa etária de 15 a 19 anos. Este estudo registrou, com relação aos óbitos na faixa etária de 15 a 19 anos, uma elevada frequência na população parda e negra (63,4 % e 21,0%).

Os resultados indicaram uma elevada frequência de óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos entre os indivíduos com o nível de escolaridade ensino fundamental II, 28,8% e 21,6 % respectivamente. Com relação ao grupo de escolaridade ignorado, registrou-se uma frequência de 50,6 e 61,2%, respectivamente. Constatou-se que algumas informações ainda são negligenciadas e, portanto, verifica-se a necessidade e a importância do preenchimento completo dos instrumentos de notificação, a fim de possibilitar informações mais precisas sobre óbitos na população adolescente (SILVA et al., 2018).

A maior frequência de óbitos entre os adolescentes com nível de escolaridade ensino fundamental II, – caracterizado com baixa escolaridade –, pode apontar para uma maior exposição ao óbito nesse grupo, por questões ligadas às desigualdades sociais existentes (ARAÚJO et al., 2010).

Observou-se uma frequência elevada de óbitos por homicídio, ocorridos no município de Feira de Santana (BA), entre indivíduos do sexo masculino, nas faixas etárias estudadas. O perfil dos óbitos por homicídios observado no presente estudo corrobora os dados disponíveis na literatura nacional, segundo a qual os óbitos por causas externas, entre adolescentes do sexo masculino, são extremamente preocupantes e devem despertar todas as atenções do poder público e da sociedade em geral (BARRETO et al., 2016).

A literatura aponta que as causas externas continuam sendo um grande problema de saúde pública em todos os países, sendo os jovens do sexo masculino, raça negra e de baixo nível socioeconômico os mais expostos à mortalidade por causas externas (MATOS; MARTINS, 2013). Nesta pesquisa, verificou-se a “tendência de adolescentes negros serem mais frequentemente submetidos a grandes desigualdades sociais e à insegurança, estando, por isto, mais vulneráveis aos riscos da violência.” (MALTA, 2012, p. 2299). Os negros

(pretos e pardos) predominam em todos os tipos de eventos violentos, confirmando as estatísticas encontradas no Brasil (MASCARENHAS et al., 2009).

Jesus e Leal (2016) afirmam que o número de adolescentes e jovens negros e pardos assassinados, no Brasil supera amplamente o dos brancos. Há, portanto, uma enorme disparidade de vítimas negras em comparação com vítimas brancas. Esses óbitos ocorrem em idade produtiva e reprodutiva, causando impactos econômicos e demográficos. Os achados deste estudo corroboram os resultados obtidos pelos referidos autores.

As causas externas têm determinado um importante impacto, no Brasil e em outros países, com consequências econômicas, sociais e emocionais que se traduzem em dias de ausência de trabalho, custos para os serviços de saúde, demandas aos serviços sociais e perda de vida produtiva para as vítimas e familiares (MATOS; MARTINS, 2013). Outra consequência importante das causas violentas da mortalidade são os anos potenciais de vida perdidos (APVP). Os APVP constituem um indicador de saúde que traduz o número de anos que uma pessoa morta prematuramente poderia ter vivido (MATOS; MARTINS, 2013). Entre 2010 a 2015, cabe destaque para o crescimento dos homicídios nos estados de Sergipe (77,7%), Rio Grande do Norte (75,5%), Piauí (54,0%) e Maranhão (52,8%) (CERQUEIRA et al., 2017).

Neste estudo, os óbitos ocorridos por homicídio no sexo masculino, na faixa etária de 15 a 19 anos, revelam uma frequência elevada e, no sexo feminino, na mesma faixa etária observa-se uma frequência de 28,8%. Na faixa etária de 10 a 14 anos, a frequência de óbitos por homicídio foi de 36,4% no sexo masculino e de 25,0% no grupo feminino.

De acordo com Garcia, Freitas e Hofelmann (2013), apesar de a mortalidade masculina por agressões ser superior à feminina, em decorrência dos modelos culturais da masculinidade, os óbitos entre mulheres ocorrem principalmente no ambiente familiar, e são perpetrados por um parceiro íntimo.

A elevada frequência de homicídios e seu crescimento na população negra no Brasil sugerem que as políticas para conter esse evento não têm apresentado resultados capazes de promover a reversão desse quadro no país. Para Ferreira (2017), pode-se dizer que os crimes violentos letais intencionais (CVLIs) atingem uma população específica, ou seja, os jovens negros.

Nessa direção, podemos afirmar que as maiores vítimas de homicídios são adolescentes de ambos os sexos, pardos e negros, de baixa escolaridade, o que pode estar associado às dificuldades da vida e às diversas formas de exclusão social. O acesso à escola e ao mercado de trabalho formal é também negado a esses adolescentes. Sem expectativas,

esses jovens perdem, cada vez mais, o interesse pelos estudos e pelo trabalho e, conseqüentemente, inserem-se em um quadro de exclusão e vulnerabilidade que pode conduzir à delinquência (DRUMOND; SOUZA; HANG-COSTA, 2015). Entre os fatores associados a esses eventos, merece destaque o uso excessivo de álcool e de outras drogas: “[...] o processo desestruturado de urbanização e aumento de desigualdade social, que contribuem para a violência urbana e exclusão da população de baixa renda.” (MATOS; MARTINS, 2012, p. 44).

Quanto aos fatores associados aos óbitos por homicídio, chama a atenção o envolvimento de adolescentes e jovens em atividades ilegais, como tráfico e uso de drogas ilícitas, bem como o acesso facilitado a armas. Assim, pode-se afirmar que os homens estão mais expostos a situações de acidentes e de violência, por conta de comportamentos que reafirmam a masculinidade. Tornando-os mais vulneráveis a eventos de risco e de morte precoce por agravos evitáveis (NEVES; GARCIA, 2015).

Esta pesquisa permitiu observar que a ocorrência de acidentes de trânsito vitimou 25 indivíduos do sexo masculino (2,9%) e 11 do feminino (21,2%) na faixa etária de 15 a 19 anos. É válido salientar que as mortes de adolescentes representam perdas para seus familiares e para a sociedade, além de constituir um grave problema de saúde pública, por se tratar de mortes prematuras e evitáveis.

Dentre os óbitos no Brasil por causas externas, os homicídios e os acidentes de transporte estão se alternando entre o primeiro e o segundo lugar (MATOS; MARTINS, 2013). Em se tratando de acidentes de trânsito, registrou-se que o uso abusivo de álcool e o desrespeito às leis de trânsito estão diretamente relacionados aos acidentes terrestres (SILVA; MESCHIAL; OLIVEIRA, 2016).

Santos e colaboradores (2016) evidenciaram que os adolescentes ocupam papel de destaque nos acidentes de trânsito, sendo que há um predomínio do sexo masculino, com idade entre 15 a 19, anos dentre as vítimas envolvidas em ocorrências com motocicleta. Os acidentes de trânsito constituem um problema importante para a saúde pública em virtude do grande impacto na morbidade e mortalidade, principalmente da população jovem do sexo masculino (GORIOS et al., 2014).

A educação para o trânsito, especialmente a do público infanto-juvenil, é um dos instrumentos que podem contribuir para a redução, em médio e longo prazo, dos elevados índices de acidentes no trânsito, pois um trânsito efetivamente seguro só será alcançado quando os cidadãos forem mais conscientes de sua responsabilidade individual e mais respeitadores dos direitos dos outros (GORIOS et al., 2014). Assim, a educação para o

trânsito e a aplicação das penalidades para as infrações devem constituir prioridade dos poderes públicos, no que diz respeito à fiscalização e à garantia do cumprimento da legislação, em especial no que concerne aos motociclistas (AGUIAR et al., 2016). Sugere-se, então, que as esferas governamentais federais, estaduais e municipais busquem meios para intervir nas causas, sobretudo porque os acidentes de trânsito são eventos evitáveis (MACHADO; SILVA, 2016).

O desenvolvimento de estratégias de prevenção a acidentes de trânsito, como a fiscalização nos finais de semana e no período noturno, pode reduzir a ocorrência desses eventos ou diminuir o número de vítimas (MACHADO; SILVA, 2016).

Santos e colaboradores (2016) constataram, na área urbana de Montes Claros, em Minas Gerais, uma elevada frequência de acidentes de trânsito envolvendo adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, no período de fevereiro a abril de 2014. Observou-se que os acidentes ocorreram principalmente entre os adolescentes do sexo masculino, com 73,5% do total, enquanto, para o sexo feminino, foi observada a frequência de 26,5% do total de acidentes. A morbimortalidade por acidente de trânsito é um fenômeno de grande magnitude e de elevada complexidade (SANTOS et al., 2016).

Com relação a causas externas de óbitos, observou-se, na faixa etária de 10 a 14 anos, no sexo masculino, a frequência de 34,8% de eventos cuja intenção é indeterminada e, para a faixa etária de 15 a 19 anos, no mesmo sexo, a frequência de 31,4%. Situação semelhante foi observada no sexo feminino para as mesmas faixas etárias, 31,3% e 28,8% respectivamente. Esses achados nos levam a crer que a elevada frequência de mortalidade com diagnóstico não definido, nessa população, pode estar associada à baixa cobertura assistencial na área de saúde e (ou) à falta de infraestrutura assistencial e de condições deficitárias para o diagnóstico das doenças pelo sistema de saúde, o que impossibilita a identificação da causa do óbito (LIMA-COSTA, 2010; SILVA, 2017).

Da mesma forma, Cerqueira e colaboradores (2017) alertam que, em muitos municípios, o número de mortes violentas por causa indeterminada (MVCI) pode ocultar o elevado número de mortes por homicídios, a exemplo, o município de Barreiras, Bahia. “Mas um alto índice de MVCI faz aumentar a margem de possibilidades de a taxa de homicídios estar oficialmente sub-registrada.” (CERQUEIRA et al., 2017, p. 16).

Com relação aos óbitos por causas naturais, na faixa etária de 10 a 14 anos, no sexo masculino, observou-se elevada frequência de óbitos por neoplasias e doenças do sistema nervoso, no período de 2007 a 2016. Na mesma faixa etária, no sexo feminino, observou-se

elevada frequência de óbitos por neoplasias, doenças do sistema nervoso, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte.

Já na faixa etária de 15 a 19 anos, com relação aos óbitos por causas naturais em ambos os sexos, as neoplasias apresentaram as maiores frequências, seguidas das doenças do aparelho circulatório; para o sexo feminino, registram-se algumas doenças infecciosas e parasitárias.

Entre as neoplasias, os tipos mais importantes são as leucemias, seguidas pelas neoplasias de meninges, de encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central. Conforme Mello Jorge (2014), quanto às neoplasias (Capítulo II da Classificação Internacional de Doenças, CID 10), o grupo de 15 a 19 anos apresenta valores elevados, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Esses mesmos tipos de neoplasias correspondem às maiores incidências em vários países como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra.

Doenças do aparelho circulatório e respiratório estão entre os principais tipos de agravos que se destacam no grupo etário estudado, além das doenças cerebrovasculares e o grupo de outras doenças cardíacas. Entre as doenças do aparelho respiratório, despontam as pneumonias como as mais importantes. Quanto ao nível socioeconômico, os resultados estão de acordo com a literatura, visto que os principais fatores de risco para doenças respiratórias são a baixa escolaridade materna, a aglomeração familiar, as condições precárias de moradia e o tabagismo materno. É necessário considerar os demais fatores de risco, como os comportamentais, ambientais e genéticos (FRAUCHES et al., 2017).

Diante de tais resultados, urge refletir sobre como os agentes de saúde devem delinear a prevenção para esse público-alvo, pois trabalhar com adolescentes constitui um grande desafio para a equipe de saúde, uma vez que “esse grupo etário quase não procura o serviço de saúde, a falta de recurso dificulta o processo de desenvolvimento de ações educativas voltadas para a promoção e prevenção.” (VIEIRA et al., 2017, p. 548). A maioria desses óbitos pode ser evitada se o sistema de saúde garantir o acesso dos adolescentes a serviços de saúde de qualidade.

No presente estudo, verificou-se que os coeficientes de óbitos por homicídios, na faixa etária de 10 a 14 anos, no período de 2007 a 2015, registram três picos em 2008, 2011 e 2014, com queda em 2010 e 2013. Em 2010 e 2011, observou-se uma elevação do coeficiente de óbitos por acidentes de trânsito. Quanto ao coeficiente de óbitos por demais causas, observou-se um crescimento entre 2007 e 2010.

Em se tratando da legislação nessa área, a Lei nº 12.357, de 26 de setembro de 2011 instituiu o Sistema de Defesa Social, o Programa “Pacto pela Vida” que em seu Artigo 4,

determina a necessidade de “estabelecer diretrizes estratégicas para promoção de ações que visem à redução das taxas de criminalidade, em especial daquelas relacionadas aos Crimes Violentos Letais Intencionais.” (BAHIA, 2011, p. 3).

Sabemos que a taxa de homicídios na Bahia, em 2010 (34,4 por 100.000 habitantes), alcançou nível mais elevado do que a do Nordeste (34,2) e a do Brasil (26,0) (PINHO, 2016). Em razão desse cenário, a implantação do Programa “Pacto pela Vida”, política pública do Estado, visa a combater a criminalidade, buscando envolver, de maneira articulada, a sociedade, o Ministério Público, a Defensoria Pública e os três poderes constituídos (Judiciário, Legislativo e Executivo).

Entre 2007 e 2013, a taxa de homicídios de Pernambuco caiu 36%, com a implantação do programa “Pacto pela Vida”. No estado do Espírito Santo, onde foi lançado o programa “Estado Presente”, essa taxa diminuiu 27,6% entre 2010 e 2015. Diante da redução da taxa de homicídio em diversas regiões, fica evidente a necessidade de um maior comprometimento das autoridades políticas e do campo da segurança pública.

Quanto à mortalidade por doenças do aparelho circulatório, ela se revela mais importante entre adolescentes, quando comparados às crianças. Outro dado importante é que tais doenças são mais frequentes entre adolescentes do sexo masculino (SALIM et al., 2016). Entre as doenças do aparelho respiratório, as pneumonias são as mais importantes. A magnitude e o impacto social das pneumonias na população são verificados nos elevados indicadores de mortalidade e morbidade (MELLO JORGE, 2014; FERRAZ; OLIVEIRA-FRIESTINO; FRANCISCO, 2017).

No que diz respeito aos coeficientes de óbitos por causas naturais, na faixa etária de 10 a 14 anos, no período estudado, merecem destaque os demais grupos de causas: verificou-se um pico em 2009 e uma queda em 2011, com uma nova progressão a partir de 2012. Ainda em relação aos coeficientes de óbitos por causas naturais, observou-se que, em 2010, as doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório tiveram um aumento das taxas, 4,0/100 mil e 6,0/100 mil, respectivamente.

Neste estudo, observou-se que, em 2010, na faixa etária de 15 a 19 anos, o coeficiente de óbitos por homicídio foi de 62,5/100.000 em 2007 e alcançou 92,7/100.000 em 2015, com pico em 2010 de 149,4/100.000. Os acidentes de transporte revelaram uma tendência crescente das taxas em 2007 (1,9/100 mil adolescentes) com pico em 2012 (15,7/100 mil) e 2015 (9,9/100 mil adolescentes). Já para os eventos cuja intenção indeterminada, o coeficiente foi de 55,2/100 mil adolescentes.

Apesar de reconhecer os avanços realizados em diversas instâncias governamentais, com relação ao enfrentamento da violência contra os adolescentes, Waiselfisz (2013) considera que tais avanços ainda são insuficientes diante da magnitude do problema, e, por conta disso, os homicídios são responsáveis por ceifar a vida dos jovens.

Waiselfisz (2017) afirma que a taxa de homicídios da população na faixa de 0 a 19 anos de idade passou de 3,1 por 100 mil habitantes para 18,1 – um salto de 483,9 % –, entre 1980 a 2014. Conforme seus registros, há seis estados nordestinos entre os mais violentos do país: Alagoas, Rio Grande do Norte, Sergipe, Paraíba e Bahia. Outro elemento a ser destacado é a prevalência de vítimas do sexo masculino.

A menor taxa de crimes intencionais está em São Paulo: 3,4 mortes por 100 mil habitantes. O número contrasta com o de diversas cidades do Norte e Nordeste, onde a taxa passa de 60 por 100 mil habitantes, tal como o estado de Sergipe, o qual mostra uma taxa de 66,7 mortes por 100 mil habitantes, e Belém, que apresenta uma taxa de 64,9 mortes por 100 mil habitantes (FÓRUM BRASILEIRO DE SAÚDE PÚBLICA, 2017).

Esses coeficientes se alinham com a percepção de Barreto e colaboradores (2016), segundo os quais o aumento de acidentes de transporte pode estar relacionado ao consumo de álcool e (ou) de outras drogas e ao desrespeito às leis de trânsito, principalmente por adolescentes do sexo masculino.

Ao se analisar a evolução das taxas de mortes violentas por causa indeterminada, (MVCI) por 100 mil habitantes, observam-se aumentos importantes no estado da Bahia (11,6) e Pernambuco (9,0) (CERQUEIRA et al., 2017).

Nesta pesquisa, foi observada uma tendência de crescimento do coeficiente de mortalidade por neoplasias na faixa etária de 15 a 19 anos em 2015: 9,9/100 mil. Em 2011 e 2014, ocorreu uma tendência de diminuição desse coeficiente, com 2,0/100 mil. O coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho respiratório foi semelhante nos anos de 2010 e 2012. O coeficiente de mortalidade pelos demais grupos de causas, na faixa etária de 15 a 19 anos, mostrou-se elevado no período estudado, com pico no ano de 2014. O coeficiente de mortalidade por sintomas e sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte variou de 5,7/100.000 adolescentes em 2007 para 19,7/100mil no ano de 2015.

Em 1997, o coeficiente de mortalidade por pneumonia era de 18,8 óbitos por 100 mil habitantes e, em 2013, esse coeficiente subiu para 34,0 óbitos por 100 mil habitantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017). Nos adolescentes, adultos jovens e adultos, as pneumonias ocorrem, na maioria das vezes, de forma benigna. Porém, quando

esses grupos etários se apresentam imunocomprometidos, ou quando são portadores de doenças crônicas, as pneumonias podem se tornar responsáveis por elevadas taxas de mortalidade (FERRAZ; OLIVEIRA-FRIESTINO; FRANCISCO, 2017).

Em países latino-americanos (Brasil, Chile e República Dominicana), percebeu-se uma queda na tendência de mortalidade. Isso pode ser explicado pelo aprimoramento de técnicas diagnósticas para o câncer e protocolos quimioterápicos cada vez mais eficazes. É necessário reconhecer as diferentes características biológicas da doença e conduzir avanços adicionais aos protocolos terapêuticos das neoplasias para o grupo etário acima de 10 anos, não sendo reconhecida uma necessidade física e psicológica especial para esse grupo de idade (SILVA; ZANDONADE; ZOUAIN-FIGUEIREDO, 2014).

O presente trabalho apresenta algumas limitações, inerentes a pesquisas com dados secundários. O Sistema de Informação sobre Mortalidade apresenta limitações na sua cobertura e na qualidade dos dados registrados nas declarações de óbito. Pode apresentar notificações insuficientes, deficientes e imprecisas em relação à causa básica do óbito, bem como pode apresentar uma elevada frequência de dados ignorados, o que compromete a qualidade das análises realizadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados revelaram que as causas externas foram as principais causas de morte entre os adolescentes do sexo masculino, para a raça ou cor parda, com destaque para os homicídios na faixa etária de 15 a 19 anos.

A elevada mortalidade relacionada à violência é atribuída aos homicídios em contextos urbanos, onde os adolescentes predominam como agressores e vítimas, das desigualdades sociais. Espera-se que os resultados apresentados contribuam para ampliar o conhecimento dos profissionais sobre as características dos óbitos por causas externas entre os adolescentes e embasem a elaboração de estratégias e programas de prevenção desses eventos, sobretudo reforçando a importância de políticas públicas para essa população, assim como estimulem a realização de estudos que possam contribuir para apontar fatores associados a essa mortalidade.

É importante o monitoramento e o acompanhamento temporal dos coeficientes de mortalidade por causas naturais, sobretudo em decorrência de neoplasias e doenças do aparelho circulatório e demais grupos de causas, que expressam as condições de diagnóstico e da assistência médica dispensada a essa população específica, principalmente na atenção básica.

Contudo vale ressaltar que os valores das taxas de mortalidade anuais com causas de morte mal definidas (sintomas, sinais e achados anormais de exames de laboratório não classificados em outra parte) bem como a tendência de crescimento ocorrida a partir do ano de 2013, notadamente na faixa etária de 15 a 19 anos, sugerem a existência de lacunas referentes à produção e à crítica dos dados da Declaração de Óbito que alimentam o Sistema de Informação sobre Mortalidade, o que pode comprometer a qualidade das informações sobre o perfil da mortalidade dos adolescentes de Feira de Santana.

Desse modo, os resultados obtidos oferecem subsídios para o planejamento de ações de promoção de saúde, como também de proteção específica, principalmente para os adolescentes mais vulneráveis, proporcionando a redução das mortes precoces.

As políticas públicas direcionadas a esse grupo vulnerável têm sido insuficientes. Há, portanto, a necessidade iminente de criação de uma rede de articulação para apoio e oferta de novas oportunidades aos jovens, proporcionando, assim, a promoção de sua autoestima e a garantia de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, V. S. et al. Evolução da mortalidade por acidente de trânsito no estado da Bahia: 2000-2014. **Bahia Análise & Dados**, v. 26, n. 2, p. 395-408, jul./dez. 2016.

ALBUQUERQUE, D. Cyberbullying. **Psicologia & Vida**, São Paulo, ano 1, n. 3, 2017.

ALMEIDA, A. P. B. et al. Anos potenciais de vida perdidos por acidentes de transporte no Estado de Pernambuco, 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 2, p. 235-242, abr./jun. 2013. Disponível em:

<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200005>.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2017**. Atlanta: American Cancer Society, 2017. Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2017/cancer-facts-and-figures-2017.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)**. 5. ed. Washington, DC: APA, 2013.

AQUINO, R. et al. Estudos ecológicos: desenhos de dados agregados. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

ARAÚJO, E. M. et al. Spatial distribution of mortality by homicide and social inequalities according race/skin color in an intra-urban Brazilian space. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 549-560. dez. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000400001>.

ARIAS CORONEL, Maria Elena. **Patrón espacial y temporal de las muertes violentas en la Región Callao y sudistribución según variables sociodemográficas: periodo 2003-2012**. 41 p. Tese (Especialista en Epidemiología de Campo) - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela de Post-Grado, Lima, Peru, 2014. Disponível em: <http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4650/1/Arias_Coronel_Maria_Elena_2014.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

ASCARI, R. A. et al. Perfil epidemiológico de vítimas de acidente de trânsito. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 3, n. 1, p. 112-121, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7711/pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976927711>.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. É possível prevenir a violência? refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 79-104.

ASSUMPTÃO JÚNIOR, F. B. Desenvolvimento psicológico. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. v. 1.

BAHIA. Lei nº 12.357, de 26 de setembro de 2011. Institui o Sistema de Defesa Social, o Programa Pacto pela Vida e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado da Bahia**, Salvador, 26 set. 2011.

BAHIA. **Número e proporção de óbitos pelos principais grupos de causas externas, Estado da Bahia, 2015 dados preliminares até 22 nov. 2017** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <dailmacarapia@yahoo.com.br> em 22 nov. 2017b.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de Causas Externas**, jun. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_epidemiologico_2012_causas-externas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2016.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Número de óbitos por faixa etária, residentes no município de Feira de Santana, Bahia, 2006-2016 dados preliminares em 17.11.2017** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <dailmacarapia@yahoo.com.br> em 22 nov. 2017a.

BARRETO, C. S. L. A. et al. Perfil de mortalidade dos adolescentes no estado da Bahia no período de 2000 a 2014. **Bahia Análise & Dados**, v. 26, n. 2, p. 347-365, jul./dez. 2016.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L.; DELL'AGLIO, D. D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, jun. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822013000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2013.61.01>.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, ano 8, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2011/76/boletim_epidemiologico_aids_e_dst_-_2011_0.pdf?file=1&type=node&id=76&force=1>. Acesso em: 04 jan. 2017.

BRASIL. Congresso. Lei nº 12852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2013b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12852.htm>. Acesso em: 04 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, ano 4, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2015/57749/boletim_epidemiologico_hiv_aids_-_2015.pdf?file=1&type=node&id=57749&force=1>. Acesso em: 04 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de jun. 2013c. Seção 1. p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informação da população de Feira de Santana, Bahia. **DATASUS**. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 07 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha do cuidado para atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2013/59198/adolescentes_07032013_web_pdf_20485.pdf?file=1&type=node&id=59198&force=1>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Infecção pelo HIV/aids e sífilis em adolescentes: a situação atual no Brasil. In: _____. **Saúde Brasil 2015/2016**: uma análise da situação de saúde e da epidemiologia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. p. 93-115. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/2017-0135-vers-eletronica-final.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

BRITO, I. Ansiedade e depressão na adolescência. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 27, n. 2, p. 208-214, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n2/v27n2a10.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CABRERA, M. P. B.; LOPES, J. S. Transtornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. **Revista Vanguarda Psicológica**: clínica teórica y práctica, v. 3, n. 2, p. 184-195, out./mar. 2013. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815155>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CABREIRA, E. S. R.; PIZARRO, M. M. S.; PUJOL, C. J. A. La mortalidade de los adolescentes de Argentina y Brasil, una cuestión pendiente? **Revista Sociais e Humanas**, v. 26, n. 1, p. 121-144, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/sociaisehumanas/article/view/6026>>. Acesso em: 08 maio 2018.

CAMINHA, M. G.; CAMINHA, R. M.; BENEDETTI, T. B. Família, orientação de pais e professores. In: NEUFELD, C. B. (Org.). **Terapia cognitivo - comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 18.

CARDOSO, C. B. S. **Vulnerabilidade juvenil na área metropolitana de Brasília: construção de um indicador sintético**. Monografia (Graduação em Estatística)- Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/13230/1/2015_CauanBragadaSilvaCardoso.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CARVALHO, R. C. et al. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n.1, p. 80-90, jan./jun. 2005.

_____. Conclusão. In: CARVALHO, R. C. et al. (Org.). **Inclusão social em tempos de crise**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016.

CASCÃO, A. M. et al. Instrumentos para registro de óbitos e nascimentos e seus sistemas de informação em saúde. In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013. p. 137-169.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da Violência 2016**. Brasília: IPEA, 2016. (Nota Técnica nº 17). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160322_nt_17_atlas_da_violencia_2016_finalizado.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. **Atlas da Violência 2017**. Rio de Janeiro: IPEA, 2017. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/2/2017>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida. **Texto para Discussão**. Brasília: IPEA, jan. 2017. (Texto para Discussão nº 2267). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2267.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R. L. **Efeito da mudança demográfica sobre a taxa de homicídios no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, IBRE, ago. 2015. (Texto para Discussão nº 84). Disponível em: <<http://portalibre.fgv.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A7C82C54F7DAFDC014F9A1683D150EC>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CLOUTIER, R.; DRAPEAU, S. **Psicologia da adolescência**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM n. 1.779, 11 de novembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 dez 2005. Seção 1, p. 121.

COSTA, M. C. O. (Coord.). **Diga não à violência sexual contra crianças e adolescentes no seu município**: Feira de Santana- Ba-Brasil. Universidade Estadual de Feira de Santana: Feira de Santana, 2012.

COSTA, M. C. O. (Org.). **Violência e vitimização na infância e adolescência**: a inclusão da escola no reconhecimento e prevenção. Feira de Santana: UEFS Editora, 2013.

COSTA, M. C. O. et al. Violência sexual perpetrada em crianças e adolescentes: estudo dos registros de conselhos tutelares em uma década. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 8-16, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=645&nomeArquivo=v14n2a02.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CUNHA, A. J. L. A.; SANTOS, S. R. Epidemiologia da adolescência. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia & saúde**: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

CUNHA, S. M. P.; GODOY, C. B. Acidentes de transporte entre crianças, adolescentes e jovens: estudo epidemiológico. **Revista de Pesquisa Online - Cuidado é Fundamental**, v. 9, n. 4, p. 1021-1027, out./nov. 2017. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5741/pdf_1>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1021-1027>.

DRUMOND, E. F.; SOUZA, H. N. F.; HANG-COSTA, T. A. Homicídios, álcool e drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2000- 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 607-616, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00607.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742015000400003.

DUCKWORTH, A. L. **Garra**: o poder da paixão e da perseverança. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2016.

ENGELI, S. Cardiovascular risk factors in severely obese adolescents. **Journal of the American Society of Hypertension**, v. 9, n. 8, p. 584-585, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1933171115004775>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jash.2015.05.007>.

FARHAT, T. Stigma, obesity and adolescent risk behaviors: current research and future directions. **Current Opinion in Psychology**, v. 5, p. 56-66, out. 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X15001268>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.03.021>.

FERLAY, J. et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 5, E 359-386, 2015. 2014 UICC. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.29210>>. Acesso em: 11 mar. 2017. DOI: 10.1002/ijc.29210.

FERMAN, S. et al. Childhood cancer mortality trends in Brazil, 1979-2008. **Clinics**, v. 68, n. 2, p. 219-224, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322013000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: [http://dx.doi.org/10.6061/CLINICS/2013\(02\)OA16](http://dx.doi.org/10.6061/CLINICS/2013(02)OA16).

FERRAZ, R. O.; OLIVEIRA-FRIESTINO, J. K.; FRANCISCO, P. M. S. B. Tendência de mortalidade por pneumonia nas regiões brasileiras no período entre 1996 e 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 4, jul./ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000400274&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562016000000235>.

FERREIRA, A. L. et al. Crianças e adolescentes em situação de violência. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; ENSP, 2013. cap. 6, p. 127-148.

FERREIRA, P. S. Uma leitura da produção de estatística de homicídios em Salvador. **Revista de Estudos Empíricos em Direito**, v. 4, n. 1, p. 94-113, fev. 2017. Disponível em: <<http://www.reedpesquisa.org/ojs-2.4.3/index.php/reed/article/view/201/129>>. Acesso em: 08 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.19092/reed.v4i1.201>.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 31, n. 2, p. 258-264, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, ano 10, 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

_____. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**, ano 11, 2017. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2018.

FRAUCHES, D. O. et al. Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, maio 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1450>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1450](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1450).

FRIAS, P. G. et al. Vigilância do óbito: uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. In: BITTENCOURT, S. D. A.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ENSP, 2013.

GALVÃO, P. V. M. et al. Mortalidade devido a acidente de bicicletas em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232013000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500010>.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S.; HOFELMANN, D. A. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 3, p. 383-394, jul./set. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000300003>.

GOI, C. B. et al. Saúde escolar de adolescentes: incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 804-807, fev. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12003/14581>>. Acesso em: 04 maio 2018. DOI: 10.5205/reuol.10263-91568-1-RV.1102201739.

GONDOLI, D. M. et al. Heterosocial involvement, peer pressure for thinness, and body dissatisfaction among young adolescent girl. **Body Image**, v. 8, n. 2, p. 143-148, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1740144510001415>>. Acesso em: 04 maio 2018. DOI: 10.1016/j.bodyim.2010.12.005.

GORIOS, C. et al. Acidentes de transporte de crianças e adolescentes em serviço de emergência de hospital de ensino, Zona Sul da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 4, p. 391-395, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361614000617>>. Acesso em: 04 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2013.10.008>.

HAACK, K. R. et al. Resiliência em adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 5, n. 2, p. 270-281, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/180/244>>. Acesso em: 04 maio 2018.

HARRIGER, J. A.; THOMPSON, J. K. Psychological consequences of severe overweight in teenagers. **Ugeskr Laeger**, v. 173, n. 25, p. 1785-1791, 2012.

INFANTE, D. P. Suicídio na adolescência. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e Federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Brasília, DF: IBGE, 2016. Disponível em: <ftp://ibge.gov.br/Estimativas_de_População/Estimativas_2016/estimativa_dou_2016_20160913.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2017.

_____. **Indicadores demográficos e socioeconômicos de Feira de Santana**. Brasília, DF: IBGE, 2010. Disponível em: <cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 jul. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil**: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade.

Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em:

<<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/incidencia-mortalidade-morbidade-hospitalar-por-cancer.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

JESUS, E. S.; LEAL, J. T. F. M. Mortalidade por homicídio de jovens em Salvador (BA): tendências no período de 2005 a 2012. **Bahia Análise & Dados**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 367-674, jul./dez. 2016.

JOVENS: grandes desafios, grandes possibilidades. In: FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **O poder de 1,8 bilhão**: adolescentes, jovens e a transformação do futuro: Situação da População Mundial 2014. Brasília, DF: UNFPA Brasil, 2014. cap. 1, p. 1-12. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/swop2014.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

KARIM-KOS, H. et al. Trends in incidence, survival and mortality of childhood and adolescent cancer in Áustria, 1994-2011. **Câncer Epidemiology**, v. 42, p. 72-81, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877782116300406>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.03.015>.

KNOBEL, M. Visão psicológica da adolescência normal. In: CORTES, V.; FRANÇOSO, L. A.; BEZNOS, G. W. (Org.). **Medicina do adolescente**. São Paulo: Sarvier, 1993.

KO, C. H. et al. The exacerbation of depression, hostility, and social anxiety in the course of Internet addiction among adolescents: a prospective study. **Comprehensive Psychiatry**, v. 55, n. 6, p. 1377-1384, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14001151>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: [10.1016/j.comppsy.2014.05.003](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.05.003).

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LAI, C. M. et al. The mediating role of Internet addiction in depression, social anxiety, and psychosocial well-being among adolescents in six Asian countries: a structural equation modelling approach. **Public Health**, v. 129, n. 9, p. 1224-1236, 2015. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350615002917>>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.07.031>.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAURENT, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. **O sistema de informações sobre mortalidade**: passado, presente e futuro. São Paulo: CBCD, 2006. (Divulgação, n. 11).

LAWRENZ, P.; HABIGZANG, L. F. Relacionamentos, sexualidade e autoestima. In: NEUFELD, C. B. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes**: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 324-338.

LEAL, M. M.; SILVA, L. E. V. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência**: prevenção e risco. 3. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Time trends and predictors of mortality from ill-defined causes in old age: 9 year follow-up of the Bambuí cohort study (Brazil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 514-522, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000300009>.

LISBOA, C. S. M.; HABIGZANG, L. F. Violência contra adolescentes. In: NEUFELD, C. B.(Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 339-358.

MACEDO, D. M.; PETERSEN, C. S.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento cognitivo, socioemocional e físico na adolescência e as terapias cognitivas contemporâneas. In: NEUFELD, C. B.(Org.). **Terapia cognitivo- comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 16-28.

MACHADO, A. P. R.; SILVA, A. B. Acidentes de trânsito envolvendo motocicletas em um município do recôncavo baiano: perfil e distribuição espacial. **Bahia Análise & Dados**, v. 26, n. 2, p. 409-418, jul./dez. 2016.

MALTA, D. C. et al. Causas externas em adolescentes: atendimento em serviços sentinelas de urgência nas Capitais Brasileiras - 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2291-2304, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900011>.

MANSANO, N. H. et al. Homicídios em homens jovens de 10 a 24 anos e condições sociais em município do Paraná e Santa Catarina, Brasil, 2001-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 203-214, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200002>.

MARTINS, C. B. G. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 4, p. 578-584, jul./ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017>.

MARTINS, C. B. G.; MELLO JORGE, M. H. P. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 454-468, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200454&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200020>.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. **Epidemiologia e Serviços Saúde**, v. 18, n. 1, p. 17-28, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-

49742009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100003>.

MATOS, K. F.; MARTINS, C. B. G. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens na capital do estado do Mato Grosso, Brasil, 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 43-53, mar. 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000100005>.

_____. Mortalidade por causas externas em crianças, adolescentes e jovens: uma revisão bibliográfica. **Espaço para Saúde**, v. 14, n. 1/2, p. 82-93, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/10480>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2013v14n1/2p82>.

MELO, A. U. C.; SÁ, M. C.; PRATA SOBRINHO, J. R. Perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas: uma análise da literatura no Brasil. **Revista de Saúde UniAGES**, v. 1, n. 1, p. 9-32, jun./dez. 2016. Disponível em: <<http://npu.faculdadeages.com.br/index.php/revistadesaude/article/view/3>>. Acesso em: 05 maio 2018.

MELO, M. C. et al. Incidência e mortalidade por AIDS em crianças e adolescentes: desafio na região sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 12, p. 3889-3998, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001203889&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152112.11262015>.

MELLO JORGE, M. H. P. Mortalidade na adolescência: o futuro comprometido. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

MENDES, L. V. P. et al. A evolução da carga de causas externas no Brasil: uma comparação entre os anos de 1998 e 2008. **Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 10, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00133714>.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. cap. 1, p. 127-148.

MOON, E. K. et al. Cancer incidence and survival among adolescents and young adults in Korea. **PLoS One**, v. 9, n. 5, p. 7-15, 2014. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0096088&type=printable>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096088>.

MOREIRA, D. P. et al. Exposição a violência entre adolescentes de uma comunidade de baixa renda no Nordeste do Brasil. Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1273-1282, maio 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232013000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000500012>.

MOREIRA, L. C. O.; BASTOS, P. R. H. O. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 19, n. 3, set./dez. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000300445&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.

MOTA, E.; ALMEIDA, M. F.; VIACAVA, F. O. Dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 85-94.

NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; NASCIMENTO, M. A.; DAMAS, L. V. O. Prevalência de hipertensão e fatores associados em usuários do Programa Saúde da Família de um município do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira Hipertensão**, v. 23, n. 2, p. 39-46, abr./jun. 2016.

NEVES, A. C. M. et al. Perfil das vítimas de violência e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 587-546, out./dez. 2013. Disponível em:
<http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000400005>.

NEVES, A. C. M.; GARCIA, L. P. Mortalidade de jovens brasileiros: perfil e tendências no período 2000-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 595-606, out./dez. 2015. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400595&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400002>.

OLIVEIRA, A. M. et al. Comportamento suicida entre adolescentes: revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Adolescência & Saúde**, v. 14, n. 1, p. 88-96, jan./mar. 2017. Disponível em:
<http://www.adolescenciaesaude.com/audiencia_pdf.asp?aid2=639&nomeArquivo=v14n1a11.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 10. ed. rev. São Paulo: Edusp, 2014. v. 1.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12. ed. Porto Alegre: Editora McGraw-Hill, 2013.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**, v. 4, n. 4, p. 430-432, out./dez. 2010. Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf>. Acesso em: 05 maio 2018.

PINHO, T. E. D'A. Pacto pela vida: o olhar de Bourdieu sobre a gestão pública da segurança na Bahia. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO, 2016, Natal, RN. **Anais...** Natal, RN: ADMPG, set. 2016. Gestão estratégica: da crise à oportunidade. Disponível em: <<http://www.admpg.com.br/2016/down.php?id=2176&q=1>>. Acesso em: 07 maio 2018.

PINTO, A. C. et al. Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 3, p. 555-564, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000300555&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000300022>.

PROVENZA, M. M. et al. Homicídio na cidade do Rio de Janeiro: uma comparação entre as bases da segurança e da saúde. **Dilemas – Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 10, n. 2, p. 297-321, maio/ago. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/10599>>. Acesso em: 05 maio 2018.

RENTZ-FERNANDES, A. R. et al. Autoestima, imagem corporal e depressão de adolescentes em diferentes estados nutricionais. **Revista Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 66-72, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n1/0124-0064-rsap-19-01-00111.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2018.

ROCHA, G. G. et al. Análise temporal de mortalidade por homicídio e acidente de trânsito em Foz do Iguaçu, 2000-2010. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 323-330, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200323&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200011>.

RODRIGUES, C. L. et al. Acidentes que envolvem motociclistas e ciclistas no município de São Paulo: caracterização e tendências. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 49, n. 6, p. 602-606, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0102361614001544>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rbo.2014.01.019>.

ROSA, N. M. et al. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 2, p. 661-668, fev. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10385>>. Acesso em: 28 mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i2a10385p661-668-2015>.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 377-389, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000004>.

SAITO, M. I. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. (Org.). **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 39-44.

SAITO, M. I.; QUEIROZ, L. B. Medicina de adolescentes: visão histórica e perspectiva atual. In: SAITO, M. I; SILVA, L. E. V.; LEAL, M. M. (Org.). **Adolescência: prevenção e risco**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 3-12.

SALIM, T. R. et al. Mortalidade por doenças e malformações do aparelho circulatório em crianças no Estado do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 106, n. 6, p. 464-473, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016000600464&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20160069>.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

SANTOS, A. G. P. et al. Acidentes de trânsito envolvendo adolescentes: uma caracterização.

Revista UNIABEU, v. 9, n. 23, p. 162-167, set./dez. 2016. Disponível em:

<<http://revista.uniabeu.edu.br/index.php/RU/article/view/2323>>. Acesso em: 05 maio 2018.

SILVA, A. C. L. Perfil epidemiológico da mortalidade no município de Senhora do Porto, Minas Gerais, 2000-2014. **Revista Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 3, p. 22-29, dez. 2017.

Disponível em: <<http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1682>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.13102/rscdauefs.v0i0.1682>.

SILVA, F. F.; ZANDONADE, E.; ZOUAIN-FIGUEIREDO, G. P. Analysis of childhood leukemia mortality trends in Brazil, from 1980 to 2010. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 6, p. 587-592, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572014000600587&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.12.013>.

SILVA, M. M.; MESCHIAL, W. C.; OLIVEIRA, M. L. F. Mortalidade de adolescentes por causas externas no estado do Paraná: análise de dados oficiais. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 3, p. 17-23, jul./set. 2016. Disponível em:

<<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15738>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i3.15738>.

SILVA, R. A. et al. Mortalidade por causas externas em jovens no estado da Bahia. **Revista de Pesquisa Online - Cuidado é Fundamental**, v. 10, n. 1, p. 46-51, jan./mar. 2018.

Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5975>>. Acesso em: 05 maio 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.46-51>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Oncologia.

Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico. **Documento Científico**, n. 1, mar. 2017. Disponível em:

<http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/C-Doc-Cientifico-Oncologia-Epidemiol-30-mar-17.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

SOUZA, E. R. et al. **Jovens em risco social: avaliação de programas de prevenção à violência armada**. Brasília: Ministério da Saúde; São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

SOUZA, E. R. et al. **Relatório Final Grupo 5, Região Nordeste 3**. Projeto BRA/04/029 - Segurança Cidadã. Pensando a Segurança Pública. 4. ed. Edição Especial Homicídios. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça e Cidadania. Rio de Janeiro, RJ: ABRASCO, Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli-Claves, Fundação Oswaldo Cruz, ago. 2016.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

STACHEIRA, C. R.; MOURA, L. B. A. A política das políticas públicas: uma análise preliminar sobre a gênese do plano juventude viva como agenda para enfrentar a violência letal contra jovens negros no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 20., Brasília, DF, 17 a 22 outubro de 2016. **Anais...** Brasília: Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/2779>>. Acesso em: 06 maio 2018.

TAQUETTE, S. R. Violência contra a mulher adolescente: revisão de estudos epidemiológicos brasileiros publicados entre 2006 e 2011. **Adolescência e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 66-77, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=478#>. Acesso em: 05 maio 2018.

VERZONI, A.; LISBOA, C. S. M. Digitalidade e tecnologia. In: NEUFELD, C. B. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental**. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 286-298.

VIANA, R. S.; LOURENÇO, L. M. Estudo qualitativo sobre depressão e a ansiedade social na adolescência: uma revisão bibliográfica. **Psicologia.pt: o portal dos psicólogos**. 18 jun. 2017. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1084.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2018.

VIEIRA, I. B. et al. Fatores de risco e implicações da gravidez na adolescência: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Sup.7, S544-547, 2017. Disponível em: <<https://www.acervosaude.com.br/doc/REAS9.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2018.

VIEIRA, N. F. C.; GUBERT, F. A. Promoção de saúde do adolescente e concepção do cuidado. In: SILVA, R. M.; CATRIB, A. M. F. **Promoção de saúde e concepção de cuidados**. Fortaleza: EdUECE, 2014.

WASELFISZ, J. J. **Homicídios de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, dez. 2017. (Notas de Homicídios, 4). Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2017/12/2017-12-04-Homicide-Dispatch_4_PT.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2013**: homicídios e juventude no Brasil. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2013. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/mapa2013_homicidios_juventude.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

_____. **Mapa da violência 2014**: os jovens do Brasil. Brasília, DF: Secretaria Geral da Presidência da República, 2014. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

_____. **Mapa da violência 2015**: adolescentes de 16 e 17 anos do Brasil. Versão preliminar: junho de 2015. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapaViolencia2015_adolescentes.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

_____. **Mapa da Violência 2016**: homicídios por armas de fogo no Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2016/Mapa2016_armas_web.pdf>. Acesso em: 06 maio 2018.

WARD, E. et al. Childhood and adolescents cancer statistics, 2014. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 64, n. 2, p. 83-103, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21219#>>. Acesso em: 06 maio 2018. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21219>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Number of deaths (World) by cause. **Global Health Observatory Data Repository**. 2011. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.mainind.CODWORLD?land=en>>. Disponível em: 31 mar. 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA – UEFS
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DSAU
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISAS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA - NNEPA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOAMBIENTAIS

1. **FAIXA ETÁRIA:** ()10-14 anos ()15-19 anos

2. **SEXO:** ()Masculino ()Feminino ()Ignorado

3. **RAÇA/COR:** ()Branca ()Preta ()Parda ()Indígena ()Ignorado

4. **ESCOLARIDADE:** ()Nenhuma ()1-3 anos ()4-7 anos ()8-11 anos ()12 e+
()Ignorado

5. **LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO:**
()Hospital ()Outro Estabelecimento de Saúde ()Domicílio
()Ignorado ()Outros

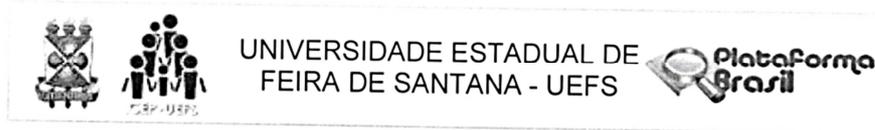
6. **LOCAL DE RESIDÊNCIA:** _____

7. **CAUSAS NATURAIS**
() Neoplasias () Doenças do sistema nervoso
() Doença do aparelho circulatório () Algumas doenças infecciosas e parasitárias
() Doença do aparelho respiratório () Demais grupos de causas
() Sintomas, sinais e achados anormais

8. **CAUSAS EXTERNAS**
() Homicídio
() Acidentes de transportes
() Eventos cuja intenção é indeterminada
() Demais grupos de causas

ANEXO

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mortalidade de uma década entre adolescentes e jovens em Feira de Santana - Bahia.

Pesquisador: DAILMA FERREIRA CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 80179417.0.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.498.720

Apresentação do Projeto:

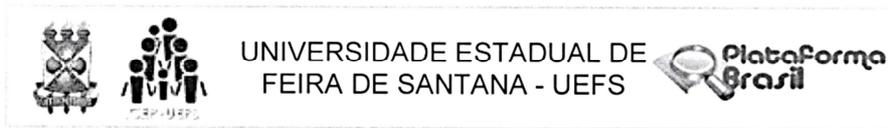
Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), proposto por Dailma Ferraira Carneiro (pesquisadora responsável), sob a orientação do professor Maria Conceição Nascimento Costa.

A pesquisa propõe um "Estudo epidemiológico descritivo, do tipo série temporal, com base de dados secundários do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), composto com as informações provenientes das declarações de óbito, para analisar causas de óbitos, entre adolescentes e jovens, na década 2007 a 2016" (Projeto completo, p. 32).

"Serão incluídos todos os óbitos de adolescentes de duas faixas etárias: 10 a 14 e 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos [(estima-se um total de 1.248 notificações de óbito)], de ambos os sexos, ocorridos no município de Feira de Santana, no período de 2007 a 2016, conforme local de residência e local de ocorrência. Considerou-se critério da OMS para a faixa etária de 10 a 19 e adultos jovens de 20 a 24 anos, conforme padronização do sistema SIM para as faixas etárias detalhadas" (Projeto completo, p. 33).

Apresenta cronograma com coleta de dados prevista para novembro de 2017 e orçamento estimado em R\$ 8.587,00, com contrapartida da instituição proponente (UEFS), "através da

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.498.720

disponibilização da biblioteca, data show, sala para reuniões, orientador e estrutura do núcleo de pesquisa" (Orçamento.doc).

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO: "Analisar o perfil de mortalidade entre adolescentes e jovens, segundo variáveis sociodemográficas, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no município de Feira de Santana-BA, em uma década de 2007 a 2016" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 11).

SECUNDÁRIOS: "Identificar as causas de mortalidade, segundo características sociodemográficas das vítimas registradas no SIM. Calcular as taxas de mortalidade, ano a ano, e respectivas curvas de incidência, segundo sexo, faixa etária e causas de mortes, entre adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos), no período estudado" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 02; Projeto completo, p. 11).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: "Quebra de sigilo" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

BENEFÍCIOS: "Assim, possibilita atuação imediata e preventiva, na identificação e no cuidado dos grupos mais vulneráveis. A vigilância do óbito, uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde dos adolescentes e jovens, como uma das estratégias importantes para subsidiar as recomendações e as medidas de prevenção e controle das doenças e do óbito. Contribui para melhoria dos óbitos, orienta as ações de intervenção para prevenção de novos óbitos, avalia as ações e os serviços de saúde. Essa atividade é de competência das três esferas de governo e obrigatória nos serviços de saúde que integram o SUS. (FRIAS, et al, 2013)" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

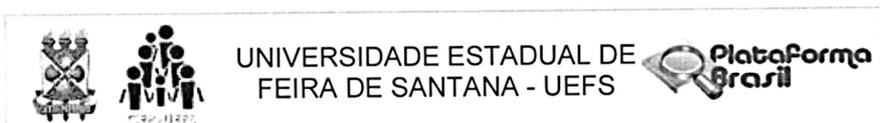
Trata-se de um projeto de pesquisa de caráter relevante, viável no que refere aos aspectos éticos da pesquisa, pois atende às exigências da Resolução 466/12.

O trecho "Contribui para melhoria dos óbitos" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03) não foi removido do item "benefícios" do formulário da Plataforma Brasil, mas foi alterado no projeto completo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo completo, atendendo às exigências da Resolução 466/12. Foram anexados os seguintes

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8067 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 2.498.720

documentos:

- 1) Folha de rosto com carimbo da responsável pela assinatura, sinalizando o cargo/função que exerce na instituição proponente;
- 2) Projeto completo;
- 3) Anuência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia;
- 4) Declaração da pesquisadora colaboradora se comprometendo em observar a Resolução 466/12;
- 5) Instrumento de coleta de dados;
- 6) Cronograma;
- 7) Orçamento;
- 8) Justificativa de dispensa do TCLE.

Recomendações:

Recomenda-se a substituição do trecho o "Contribui para melhoria dos óbitos" (Informações básicas/Plataforma Brasil, p. 03), pois fica sugerido que a pesquisa pode melhorar a ocorrência dos óbitos. A alteração foi realizada na metodologia conforme informado em ofício: "Com relação ao trecho "Contribui para melhoria dos óbitos", pois fica sugerido que a pesquisa pode melhorar a ocorrência dos óbitos, foi substituído por "Orienta as ações de intervenção para prevenção de novos óbitos, avalia as ações e os serviços de saúde" (Ofício; Projeto completo, p. 29).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROJETO APROVADO

Após o atendimento das pendências, o projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS

Plataforma
Brasil

Continuação do Parecer: 2.498.720

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1022422.pdf	05/01/2018 18:19:56		Aceito
Outros	OficiorespostasaoCEPUEFS.docx	05/01/2018 18:13:54	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVASITEANTIGA.docx	05/01/2018 17:55:17	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DISSERTACAOSITEANTIGA.docx	05/01/2018 17:54:31	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODADISSERTACAO_CEP.docx	05/01/2018 17:32:33	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JUSTIFICATIVA_AUTORIZACAODOCEP.docx	05/01/2018 17:28:19	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Folha de Rosto	PLATAFORMA_BRASIL_FOHA_DE_ROSTO.pdf	03/01/2018 18:55:20	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Outros	FR.pdf	21/11/2017 18:25:10	Pollyana Pereira Portela	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETADE DADOS.docx	20/11/2017 18:22:36	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DECLARACAODASESAB.jpeg	14/11/2017 18:09:59	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAODEPESQUISADOR.jpg	10/11/2017 17:16:23	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	04/11/2017 13:46:11	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/11/2017 13:42:37	DAILMA FERREIRA CARNEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA E-mail: cep@uefs.br
 Telefone: (75)3161-8067



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 2.498.720

FEIRA DE SANTANA, 18 de Fevereiro de 2018

Assinado por:
JEAN MARCEL OLIVEIRA ARAUJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA E-mail: cep@uefs.br
Telefone: (75)3161-8067