

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AGRESSÃO COMO CAUSA EXTERNA DE ÓBITOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO ESTADO DE SERGIPE**

FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA

Aracaju
Fevereiro - 2019

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AGRESSÃO COMO CAUSA EXTERNA DE ÓBITOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO ESTADO DE SERGIPE**

Dissertação de Mestrado submetida à banca
examinadora para a obtenção do título de
Mestre em Saúde e Ambiente, na área de
concentração Saúde e Ambiente.

FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA

Orientadores

Prof. Francisco Prado Reis, Dr.

Prof^a. Sonia Oliveira Lima, Dr^a.

Aracaju
Fevereiro - 2019

O48a Oliveira, Fernanda Kelly Fraga
Agressão como causa externa de óbito em crianças e adolescentes no estado de Sergipe / Fernanda Kelly Fraga Oliveira; orientação [de] Prof. Dr. Francisco Prado Reis, Prof.^a Dr.^a Sonia Oliveira Lima– Aracaju: UNIT, 2018.

79 f. il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) - Universidade Tiradentes, 2018
Inclui bibliografia.

1. Agressão. 2. Mortalidade. 3. Criança. 4. Adolescente I. Oliveira, Fernanda Kelly Fraga. II. Reis, Francisco Prado. (orient.). III. Lima, Sonia Oliveira (orient.) IV. Universidade Tiradentes. V. Título.

CDU: 314.422.3-053.2/.6(813.7)

**AGRESSÃO COMO CAUSA EXTERNA DE ÓBITOS EM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO ESTADO DE SERGIPE**

Fernanda Kelly Fraga Oliveira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE, NA ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO SAÚDE E AMBIENTE.

Aprovada por:

Prof. Dr. Francisco Prado Reis
Orientador

Prof^a. Dra. Sonia Oliveira Lima
Orientadora

Prof^a. Dra. Cláudia Moura de Melo
Universidade Tiradentes

Prof^a. Dra. Vera Lúcia Corrêa Feitosa
Universidade Federal de Sergipe

Aracaju
Fevereiro - 2019

Dedico essa dissertação ao meu esposo Norman Oliveira e minha filha Maria Fernanda, pela cumplicidade e amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela vida, por cada minuto de minha existência e pela oportunidade de finalizar mais uma pós-graduação.

Minha eterna gratidão aos meus pais, Rosélia Maria Bento Fraga e Fernando Batista Fraga, pelos exemplos de dignidade, honestidade, coragem, força, dedicação, fé e amor.

A minha filha Maria Fernanda pelo amor retribuído em todos os momentos.

Ao meu esposo Norman Oliveira, por compreender minha ausência, me incentivar e encorajar.

Aos meus irmãos, por serem minha base familiar, vocês me completam. Amo vocês!

As minhas amigas e companheiras da Universidade Tiradentes, Maria Paula, Gilnéia Cunha, Kátia Cilene e Fernanda Dantas, em especial a minha comadre Fábila Luanna, quantos desafios e provações vencemos!

De forma especial, expresso meu agradecimento aos orientadores professor Francisco Prado Reis e professora Sônia Lima, pelos ensinamentos e lições.

À equipe de estudo formada, composta pelos amigos Lourivânia Prado, Henrique Oliveira e Íkaro Daniel, vocês foram essenciais nessa jornada, nossas tardes de estudo, discussão, cansaço e comelança jamais serão esquecidas!

À Universidade Tiradentes (UNIT) pelo apoio institucional durante os dois anos do curso de Mestrado, em especial à coordenadora do curso de enfermagem Maria da Pureza Ramos de Santa Rosa pela motivação e encorajamento.

Ao Programa de Pós-Graduação Saúde e Ambiente, pela oportunidade do curso de Mestrado, e, particularmente, agradeço ao corpo docente destinado, empenhado e de excelência que nos presenteou com aulas, debates, seminários sobre os mais diversos temas da área da saúde e ambiente, colaborando sobretudo para minha formação.

Aos colegas da pós-graduação que compartilharam momentos de ansiedade, aprendizado e descontração, sentirei saudades.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação Saúde e Ambiente (PSA), em especial a Lucas Gualberto pela disponibilidade, atenção e gentileza.

As professoras Cláudia Moura de Melo e Vera Lúcia Corrêa Feitosa que compuseram a banca do Exame de Qualificação, contribuindo de forma valiosa para a concretização do trabalho final e ainda, por abrilhantarem a banca da Defesa, pelas sugestões e pelas palavras incentivadoras dirigidas a mim e aos meus orientadores.

Presto também minha homenagem as crianças e adolescentes que morreram vítimas de agressão, em tempo, me solidarizo com as famílias.

Por fim, a todos que de forma direta e indiretamente perpetraram apoio a mais essa conquista. Meu muito obrigada!

*“As crianças, quando bem cuidadas,
são uma semente de paz e esperança.”*

Zilda Arns Neumann

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	ix
LISTA DE TABELAS	x
LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS.....	xii
RESUMO	xiii
ABSTRACT.....	xiv
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Definição de criança e adolescente e formas de violência	17
3.2 A violência em crianças e adolescentes em países desenvolvidos e no Brasil	18
3.3 A violência em crianças e adolescentes no estado de Sergipe	19
3.4 Causas externas de mortalidade	20
3.5 Perfil epidemiológico dos óbitos por agressões em crianças e adolescentes.....	22
3.6 Sistema de Informação sobre Mortalidade	22
3.7 Estratégias de prevenção à violência	23
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	25
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Área de abrangência	25
4.3 População, critérios de inclusão e exclusão.....	25
4.4 Variáveis do estudo.....	25
4.5 Coleta de dados	26
4.6 Análise dos dados	26
4.7 Aspectos éticos e legais.....	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
ARTIGO I - Revista Temas em Saúde.....	28
Avaliação de mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: perfil epidemiológico em Sergipe	28
ARTIGO II - Revista Cadernos de Saúde Pública	42
Perfil dos óbitos por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe	42
6 CONCLUSÃO.....	59
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE A - SUBMISSÃO DE ARTIGO ORIGINAL	63

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	64
ANEXO B - DESCRIÇÃO DE CÓDIGOS CID-10 POR AGRESSÕES (X85 - Y09)	68
ANEXO C - DESCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Sigla, Classificação Internacional de Doenças (CID), tipos de mortalidade por grandes grupos de causas externas e descrição.	21
Quadro 2	10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.	68
Quadro 3	Regiões de saúde do estado de Sergipe, conforme deliberação nº 056/2012.	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 5.1.1	Número (N), proporção (%) e grandes causas externas segundo causas específicas e sexo – Sergipe, 2007 a 2016.	32
Tabela 5.1.2	Número (N), proporção (%) e grandes causas externas segundo causas específicas e Idade – Sergipe, 2007 a 2016.	33
Tabela 5.1.3	Crescimento anual percentual das taxas de mortalidade por grandes grupos de causas externas – Sergipe, 2007 a 2016.	36
Tabela 5.2.1	Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão em Sergipe, 2007 a 2016.	47
Tabela 5.2.2	Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e faixa etária em Sergipe, 2007 a 2016.	48
Tabela 5.2.3	Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e Região de Saúde de Residência em Sergipe, 2007 a 2016.	50
Tabela 5.2.4	Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e Região de Saúde de Ocorrência em Sergipe, 2007 a 2016.	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1.1	Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo grande grupo CID10 e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.	34
Figura 5.1.2	Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo faixa etária e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.	34
Figura 5.1.3	Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo sexo e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.	35
Figura 5.2.1	Mapa perceptual estimado por Análise de Correspondência Múltipla para Causa-Base, Faixa-Etária, Raça/Cor, Região de Saúde de Residência e Sexo, 2007 a 2016.	52
Figura 5.2.2	Mapa perceptual estimado por Análise de Correspondência Múltipla para Causa-Base, Escolaridade, Raça/Cor e Região de Saúde de Ocorrência, 2007 a 2016.	53

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DO	Declaração de Óbito
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
Etc.	<i>Et Cetera</i>
EUA	Estados Unidos da América
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
FLACSO	Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais
Hab.	Habitantes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHA	Índice de Homicídios na Adolescência
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
Mun.	Município
NVDRS	Sistema Nacional de Notificação de Mortes Violentas
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidentes e Violências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RVLCCA	Relatório Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIT	Universidade Tiradentes
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Os acidentes e a violência são denominados de causas externas, quer sejam por razões acidentais ou intencionais. A Organização Pan-Americana de Saúde configura as causas externas como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. O número anual de homicídios no Brasil é 30 vezes maior que de todo o continente europeu. Em 2014, o Brasil alcançou o recorde de violência, com uma taxa de homicídios de 29,8/100 mil habitantes. O Relatório de Violência Letal contra as Crianças e Adolescentes do país revelou que aproximadamente 29 crianças e adolescentes foram assassinadas diariamente em 2013, e que o estado de Sergipe apresentou um aumento abrupto das taxas de homicídios de 8,8 em 2003 para 20,7 por 100 mil/hab. em 2013. A edição do Atlas da Violência do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas registrou, no ano 2016, 30,3 homicídios por 100 mil habitantes no Brasil, enquanto que em Sergipe, a taxa de jovens mortos no estado foi de 65,5. O objetivo desse estudo foi estabelecer o perfil da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe no período de 2007 a 2016. Trata-se de um estudo de coorte, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados secundários, tendo como população crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, vítimas de mortalidade por agressão. As análises estatísticas foram descritas por meio de frequência simples, percentual e taxa de mortalidade bruta. As taxas de crescimento anual percentual foram quantificadas utilizando o programa Jointpoint Regression Program. As demais análises foram realizadas utilizando o software *R Core Team* 2018. O nível de significância adotado foi de 5%. Dessa forma, foram analisados 2910 registros de óbitos de crianças e adolescentes por agressão no Sistema de Informação sobre Mortalidade, dos quais (87,3%) das crianças e adolescentes tinham raça/cor parda. Os dados revelaram que a maioria eram do sexo masculino (56,6%), com idade entre 15 e 19 anos (64,7%). Em relação ao local de ocorrência e residência da vítima, a região de saúde Aracaju destacou-se pela elevada prevalência dos eventos. A violência predominou entre os tipos de agressão e a maior parte das crianças e adolescentes foram vítimas de disparo por arma de fogo (84,2%). A mortalidade por agressão foi evidenciada neste estudo como a principal causa de violência em crianças e adolescentes, com tendência temporal crescente a partir de 2010. A agressão é um problema de saúde pública, com consequências de magnitude sociais e culturais, é um fator multicausal que está associada a diversas condições que necessitam de maior atenção, como educação, segurança pública, vínculo familiar. Contudo, a articulação entre as redes de atenção que integram a promoção, prevenção e controle das mortes violentas de crianças e adolescentes torna-se imprescindível para minimizar o problema.

Palavras-chave: Agressão; Mortalidade; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Accidents and violence are termed external causes, whether for accidental or intentional reasons. The Pan American Health Organization sets external causes as one of the most serious public health problems in the world. The annual number of homicides in Brazil is 30 times greater than that of the entire European continent. In 2014, Brazil reached the record of violence, with a homicide rate of 29.8 / 100 thousand inhabitants. The Report on Lethal Violence against Children and Adolescents in the country revealed that approximately 29 children and adolescents were murdered daily in 2013, and that the state of Sergipe showed an abrupt increase in homicide rates from 8.8 in 2003 to 20.7 per 100 thousand / hab. in 2013. The edition of the Atlas of Violence of the Institute of Economic and Applied Research registered, in 2016, 30.3 homicides per 100 thousand inhabitants in Brazil, while in Sergipe, the rate of young people killed in the state was 65.5 . The objective of this study was to establish the profile of mortality by aggression in children and adolescents in the state of Sergipe from 2007 to 2016. This is a cohort study, descriptive, exploratory, with a quantitative approach, carried out by collecting secondary data, having as a population children and adolescents from 0 to 19 years old, victims of aggression mortality. Statistical analyzes were described by means of simple frequency, percentage and gross mortality rate. Annual percentage growth rates were quantified using the Jointpoint Regression Program. The other analyzes were performed using the R Core Team 2018 software. The significance level adopted was 5%. Thus, 2910 records of deaths of children and adolescents by aggression in the Mortality Information System were analyzed, of which (87.3%) of the children and adolescents were race / brown. The data revealed that the majority were male (56.6%), aged 15 to 19 years (64.7%). Regarding the place of occurrence and residence of the victim, the Aracaju health region was highlighted by the high prevalence of events. Violence predominated among types of aggression and most children and adolescents were victims of firearm shooting (84.2%). Mortality due to aggression was evidenced in this study as the main cause of violence in children and adolescents, with a growing temporal trend since 2010. Aggression is a public health problem, with consequences of social and cultural magnitude, it is a multicausal factor that is associated with several conditions that require greater attention, such as education, public safety, family ties. However, the articulation between the networks of attention that integrate the promotion, prevention and control of the violent deaths of children and adolescents becomes essential to minimize the problem.

Keywords: Aggression; Mortality; Children; Adolescent.

1 INTRODUÇÃO

Em 2012, ocorreu cerca de 1,3 milhões de mortes de adolescentes no mundo, a maioria delas por causas evitáveis ou tratadas (WHO, 2014). As mortes cujas causas são evitáveis ou reduzíveis referem-se àquelas que podem ser prevenidas, total ou parcialmente, por ações de serviços de saúde acessíveis e efetivos (LISBOA et al., 2015). A mortalidade é maior em meninos adolescentes com idade entre 15 e 19 anos. Enquanto são muitas as causas de mortalidade comuns em ambos os sexos, a violência é um problema particular entre meninos atrelado a falta de oportunidade (WHO, 2014).

Nos países desenvolvidos o trauma é a principal causa de morte na infância após o primeiro ano de vida (PIATT JUNIOR, 2015). Contudo, as taxas de mortalidade infantil encontram-se muito baixas em países desenvolvidos. O aumento nas taxas de morte por causas externas está atrelado à desigualdade, injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e a baixa valorização da vida (MINAYO; SOUZA, 2005).

No Brasil, o Relatório Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes, revelou que em 2013 aconteceram 3,6 chacinas da Candelária e que foram assassinadas em média 29 crianças e adolescentes diariamente, totalizando 10.520 vítimas de homicídio com idade entre zero e 19 anos, evidenciando taxa de assassinatos de 16,3/100 mil hab., posicionando o país em 3º lugar entre os 85 países do mundo quando se trata de homicídios de crianças e adolescentes (WAISELFISZ, 2016).

Em 2014, pelo menos 59.627 pessoas morreram de homicídio, o que eleva a taxa para 29,1/100 mil hab. Desde 2004, a prevalência de homicídio tem ocorrido de maneira desigual no território. Enquanto algumas unidades federativas lograram diminuição em suas taxas, em outras seis ocorreram um aumento superior a 100%, especialmente no Nordeste brasileiro (BRASIL, 2016).

Sergipe tem, comparativamente, um dos piores indicadores de ocorrência de homicídio no Brasil, com taxa de 142,7/100 mil habitantes, seguido pelo Rio Grande do Norte 125,6, Alagoas 122,4, Bahia 114 e Pernambuco 105,4. Além disso, possui maior taxa de mortalidade do país com 64,7, enquanto a taxa média nacional é de 122,6 a de Sergipe é de 280,6/100 mil habitantes (CERQUEIRA et al., 2018).

Os principais fatores relacionados com a prevalência da violência no Brasil incluem: normas sociais e práticas culturais que levam à aceitação da violência, do racismo e da discriminação; lacunas ou inadequação das políticas e legislação na prevenção da violência, no apoio às vítimas e na investigação das violações dos direitos; sistemas de notificação de

violência, prevenção e resposta insuficientes e ineficazes, incluindo dificuldades existentes para implementar políticas intersetoriais (UNICEF, 2016).

Em contextos sociais distintos, as temáticas de violência refletem áreas tradicionais de intervenção das políticas e programas, com exceção daquelas decorrentes do fenômeno da violência estrutural, presente marcante na realidade brasileira. A ausência de temáticas emergentes como morbimortalidade por causas externas, revela possível vazio assistencial das políticas e programas, dessa forma é um campo necessário a ser explorado (SCHAEFER et al., 2018).

Por perceber que a violência se institui um sério problema capaz de afetar a vida e o desenvolvimento de muitas crianças e adolescentes, torna-se urgente que os profissionais reflitam sobre suas percepções a respeito do fenômeno, com vistas a priorizar as necessidades das vítimas e famílias (SCHEK et al., 2016).

A compreensão da natureza e padrões de mortalidade possibilita a identificação de fatores, que se modificados reduzem o risco de futuras mortes e impulsionam iniciativas preventivas por meio da Rede de Atenção à Saúde e Programa de Prevenção à Violência, desenvolvendo estratégias intersetoriais no combate das agressões como causa de óbito em crianças e adolescentes (SIDEBOTHAM et al., 2014).

A taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores do estado de saúde de uma população, sendo assim, torna-se indispensável, descrever e analisar as características da mortalidade por agressão, visto que, a atenção integral intensifica as perspectivas futuras das crianças e adolescentes no convívio da sociedade.

Dessa forma, visando contribuir com a sociedade em favor ao combate à violência que tornam as crianças e adolescentes vítimas de agressão por causas externas, este trabalho destinou-se ao estudo da agressão como causa de óbitos em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos no estado de Sergipe.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estabelecer o perfil da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe no período de 2007 a 2016.

2.2 Objetivos específicos

Caracterizar as ocorrências de mortalidade por agressão nas regiões de saúde do estado de Sergipe;

Avaliar as tendências temporais da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes nas regiões de saúde do estado de Sergipe;

Investigar o perfil sociodemográfico da população de crianças e adolescentes vítimas de agressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Definição de criança e adolescente e formas de violência

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança, o indivíduo até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aqueles entre doze e dezoito anos de idade incompletos. O ECA estabelece como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária para proporcionar o direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 2008).

No Brasil, o documento legal mais integral e internacionalmente reconhecido é a Lei nº 8.069/1990, que institui o ECA, por estabelecer absoluta primazia aos direitos da criança e do adolescente como proteção, precedência de atendimento, primazia nas políticas públicas, privilegiada destinação de recursos, assim como a obrigatoriedade, para os profissionais de saúde e educação, especificamente, em notificar casos de violência contra esses grupos populacionais (ISHIDA, 2003).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, dados estimados dos seus registros contabilizam total de 758.267,00 de crianças e adolescentes de ambos os sexos com faixa etária de 0 a 19 anos, sendo 384.194,00 do sexo masculino e 374.073,00 do sexo feminino em Sergipe (BRASIL, 2010).

A violência contra crianças e adolescentes caracteriza-se como uma situação em que há um sujeito em condições de superioridade, que comete dano, seja este corporal, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou mesmo após consentimento desta, quando tal experiência for obtida por indução ou sedução enganosa (VASCONCELOS; SILVA, 2011).

Nesse contexto, a violência é um fenômeno complexo e multicausal, que abriga eventos de tipologias e naturezas diversas. Além dos fatores de risco, é preciso analisá-la a partir dos determinantes e condicionantes socioambientais e políticos. Desse modo, a violência dentro das estruturas sociais e relações de poder, traduz-se em questões culturais e comportamentais (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

As formas de violência às quais crianças e adolescentes podem ser submetidos são classificadas em: violência física, violência sexual, violência psicológica, negligência, Síndrome de Münchausen por Transferência, bullying e, uma forma pouco reconhecida em

nosso meio, culto ritualístico (SÃO PAULO, 2007). Para Dahlberg e Krug (2006) destaca que entre os fatores relacionados à violência estão: os condicionantes biológicos e demográficos, a impulsividade, o baixo nível educacional, o abuso de substâncias químicas, o histórico de agressão e o abuso interpessoal/social.

3.2 A violência em crianças e adolescentes em países desenvolvidos e no Brasil

Em países desenvolvidos a mortalidade infantil e de adolescentes é afetada por fatores compreendidos em quatro domínios: intrínsecos (biológicos e psicológicos); fatores do ambiente físico; do ambiente social e a título de aluguel de mão-de-obra física ou intelectual. O fator mais importante é o socioeconômico, visto que exerce seus efeitos em todos os outros domínios e muitas vezes são mal compreendidos (SIDEBOTHAM et al., 2014).

Estudos internacionais indicam que 91% das mortes por armas de fogo de crianças de 0 a 14 anos em todos os países de renda alta no mundo ocorrem nos Estados Unidos, tornando os ferimentos por armas de fogo um grave problema de saúde pública e pediátrica (GRINSHTEYN; HEMENWAY, 2016).

O Atlas da Violência 2018 analisou entre os anos 2000 e 2013 os indicadores de homicídios de 59 países, os quais são denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com base de dados de alta qualidade. As taxas de mortalidade calculadas no período estudado nas Américas e no mundo, América Central, América do Sul e Caribe encontram-se entre as regiões que apresentam os países com as maiores taxas, em ambos os casos. Os indicadores mostraram a concentração do problema dos homicídios nos países latino-americanos, sendo que o Brasil, lamentavelmente, entra na lista das nações mais violentas do planeta (CERQUEIRA et al., 2018).

Em estudo realizado por Herbert et al. (2017) foi comprovado que a internação por lesões violentas contra crianças e adolescentes entre 10 e 18 anos foi diminuída na Inglaterra e na Escócia entre 2005 e 2011, mais acentuadamente na Escócia.

Analisando as taxas de homicídios por 100 mil/hab. em 85 países do mundo no período de 2010 a 2013, o Brasil ocupou o 3º lugar com taxa de mortalidade de 16,3, o México e o El Salvador representaram primeiro e segundo lugar respectivamente (WAISELFISZ, 2015).

Em comparação com informações divulgadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela OMS, é possível identificar o nível letal de violência no Brasil, frente à prevalência observada em outros países e continentes. Ao analisar a evolução dos homicídios no país na última década, houve heterogeneidade entre São Paulo e Rio Grande

do Norte. Dados revelam que a situação mais grave encontra-se em estados do Nordeste e no Norte, onde Sergipe apresenta maior taxa de homicídios 64,7 por 100 mil habitantes (CERQUEIRA et al., 2018).

No entanto, Pereira (2012) certifica que as estatísticas de mortalidade, de maneira geral, têm melhorado no Brasil, mesmo evidenciado uma disparidade entre as capitais e os interiores quando analisado a cobertura e os dados estatísticos. Resultados positivos tem sido demonstrado no país por indicadores de saúde, com queda nas taxas de mortalidade infantil e redução das mortes por doenças infecciosas. Em contrapartida, tornam-se motivo de preocupação as mortes por causas externas, devido ao seu aumento desde a década de 80 chegando a representar 26,5% dos óbitos em 2010 (BRASIL, 2012).

3.3 A violência em crianças e adolescentes no estado de Sergipe

O estado de Sergipe, assim como muitos outros estados brasileiros, especialmente das regiões Norte e Nordeste, sofrem com o recrudescimento da violência, em todas as suas formas. Os homicídios se constituem na manifestação mais patente da violência nos municípios sergipanos e, de certa forma, podem ser tomados como expressão da violência no estado (KAHN, 2013).

Esse autor coloca também que:

[...] pode-se dizer que a criminalidade brasileira recente, principalmente a observada no Norte e Nordeste na última década, é fruto não apenas da miséria, mas também do desenvolvimento, ou melhor, de certo tipo de desenvolvimento que se fez rápida e desordenadamente, inchando as periferias dos centros urbanos. Este desenvolvimento trouxe melhorias econômicas e sociais – diminuição do analfabetismo e da mortalidade infantil e aumento da renda média. Mas a reboque, este processo de crescimento e desenvolvimento aglutinou, no entorno dos grandes centros, uma massa de população urbana que convive com riqueza e abundância, beneficia-se parcialmente dela, mas que não se integrou nem tem meios de se integrar aos mercados sofisticados de produção e consumo dos polos desenvolvidos destas cidades (KAHN, 2013).

Conforme Anselmo (2014), ao analisar as informações veiculadas sobre violência contra crianças e adolescentes em jornais de Sergipe ao longo do ano de 2012, dentre 698 fatos noticiados, 46% das notas referiam-se a região metropolitana de Aracaju, seguida dos municípios de Nossa Senhora do Socorro e Itabaiana. Estas informações cobrem uma quantidade menor que as ocorrências reais, em função dos filtros advindos da natureza da fonte jornalística e da subjetividade da leitura deste tipo de material.

Situado na região nordeste do país, o estado de Sergipe vem apresentando um recrudescimento da violência, em todas as suas formas. Os homicídios têm se constituído

na manifestação mais expressiva e frequente da violência nos municípios sergipanos. Esse incremento da violência pode ser verificado através da taxa de homicídios por 100 mil habitantes (KAHN, 2013).

Dados do Relatório Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes (RVLCCA) revelou que de 2003 a 2013 houve elevação no número de homicídios de crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos de idade no estado de Sergipe, de 74 para 162 casos, no que se refere as taxas de homicídios desta população, houve aumento de 8,8 para 20,7 por 100mil/hab., posicionando o estado do 13º em 2003 para o 10º em 2013 (WAISELFISZ, 2015).

3.4 Causas externas de mortalidade

Denomina-se causas externas os acidentes e a violência, sejam por razões acidentais ou intencionais. A Organização Pan-Americana de Saúde configura as causas externas como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo (MARTINS; JORGE, 2013). Na análise da morte por causas externas segundo causas específicas e sexo, observa-se elevada incidência nas taxas de mortalidade. A OMS, denomina mortes por causas externas, os eventos circunstanciais que apresentam algum tipo de violência intencional ou não, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), estão classificadas como: causas acidentais - mortes no trânsito, quedas fatais, afogamentos, envenenamentos, e causas intencionais - agressões e lesões autoprovocadas (BRASIL, 2012).

No Brasil, segundo análise de Mascarenhas e Barros (2015), as causas externas representam a terceira causa de morte na população geral e a primeira na população com faixa etária entre 1 a 39 anos, distribuindo-se de maneira diversa quanto aos grupos etários: entre crianças de 0 a 9 anos terceira causa de morte, primeira entre a população de jovens e adultos jovens com idade entre 10 a 39 anos, terceira nos indivíduos de 40 a 59 anos e sexta na população acima de 60 anos.

Não unicamente no Brasil, como também em outros países, é a partir dos dados de mortalidade que se estudam as causas externas, em razão da facilidade de coleta e da qualidade da informação (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004). A fonte básica para análise da mortalidade é o Sistema de Informação sobre Mortalidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que exige pela legislação a causa base da morte, tais causas são registradas pelo SIM seguindo os capítulos da CID-10 da OMS (WAISELFISZ, 2012).

Seguindo este contexto, conforme a 10ª revisão da CID-10, adotada pelo Brasil desde 1996, as mortes violentas podem ser divididas em: acidentes; lesões autoprovocadas intencionalmente; agressões; intervenções legais e operações de guerra; e eventos cuja intenção é indeterminada. As quatro primeiras causas de mortalidade se equivalem, respectivamente, no Brasil como: acidentes fatais, inclusive mortes no trânsito; suicídios; homicídios, incluindo latrocínio e lesão corporal dolosa seguida de morte; e autos de resistência (BRASIL, 2016).

As causas externas então divididas em cinco grandes grupos de acordo com a CID 10, conforme ilustração no quadro 1, as agressões (X85-Y09) caracterizam-se por: agressões pelo uso de drogas; agressão por estrangulamento; sufocação; disparo de armas; material explosivo; força corporal; negligência e abandono; maus tratos; medicamentos e substâncias biológicas; etc. (BRASIL, 2012).

Quadro 1. Sigla, Classificação Internacional de Doenças (CID), tipos de mortalidade por grandes grupos de causas externas e descrição

Sigla	CID	Descrição
AT	V01-V99	Acidentes de transporte: Acidente com ciclista; motociclista; ocupante de triciclo; ocupante de caminhonete; ocupante de ônibus; acidente de aeronave causando traumatismo em ocupante; acidente em embarcação causando afogamento; etc.
OCE	W00-X59	Outras causas externas de lesões acidentais: Queda; contato com elevador; vidro cortante; faca; projétil; rifle; explosão; queima de fogos; contato com animais; afogamento durante o banho; ingestão de alimentos contaminados; etc.
S	X60-X84	Lesões autoprovocadas voluntariamente: Autointoxicação por álcool; gases; substâncias farmacológicas; lesões autoprovocadas por enforcamento; afogamento; arma de fogo; fumaça; fogo e chamas; objeto cortante penetrado; precipitação de lugar elevado; impacto autoprovocado com veículo; etc.
H	X85-Y09	Agressões: Agressões pelo uso de drogas; agressão por estrangulamento; sufocação; disparo de armas; material explosivo; força corporal; negligência e abandono; maus tratos; medicamentos e substâncias biológicas; etc.
CI	Y10-Y34	Eventos cuja intenção é indeterminada: Envenenamento por álcool; pesticidas; enforcamento; estrangulamento; sufocação; disparo de pistola; contato com material explosivo; exposição à fumaça; fogo e chama; objeto cortante penetrante intencional; queda de local elevado; impacto com veículo a motor; etc.

Fonte: SIM/SVS/MS.

3.5 Perfil epidemiológico dos óbitos por agressões em crianças e adolescentes

O RVLCCA em 2015, evidenciou as principais causas externas de mortalidade no Brasil, por acidentes de transporte, suicídios e homicídios de acordo com o SIM, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 1980 a 2013, 689.627 crianças e adolescentes foram vitimadas (WAISELFISZ, 2016).

No Brasil, a maioria das vítimas fatais de acidentes e violências são: adolescentes, jovens e adultos jovens principalmente a população masculina, o que gera redução em sua expectativa de vida. Esses agravos geram grande demanda por serviços de saúde, ocasionando maior impacto em populações mais pobres, pelo fato de estarem expostas a ambientes inseguros e redução do acesso aos serviços de saúde e as ações de prevenção (BRASIL, 2010).

Estudos realizados ainda por Waiselfisz (2016), no período de 1980 a 2013, revelaram que, os diversos componentes das causas externas de mortalidade aumentaram drasticamente, enquanto as causas naturais de óbito diminuíram de forma contínua e acentuada nas três décadas analisadas.

Na categoria de homicídios, Sergipe apresenta números elevados na população de 0 a 19 anos. Os números contidos no banco de dados do Ministério da Saúde apontaram, entre 2000 e 2010, 823 óbitos. Em 2000, dentre os estados brasileiros, Sergipe ocupou a 14^o posição por seus altos índices de criminalidade. Já em 2010, sua posição elevou-se para a 17^o, e suas taxas ficaram em 31,9 por 100 mil crianças e adolescentes (BRASIL, 2011). Desde 2012, o número dos adolescentes entre 12 e 18 anos que morreram por agressão é proporcionalmente mais alto do que do resto da população brasileira (31,6/100 mil adolescentes em 2014 comparados com 29,7/100 mil pessoas) (UNICEF, 2017).

Com esse diferencial, aumenta de forma drástica a participação das causas externas no total de mortes de crianças e adolescentes. Em 1980 as causas externas representavam 6,7% do total de mortes nessa faixa; em 2013, essa participação mais que quadruplica, elevando-se para 29,0% – 13,9% por homicídio, 6,9% em acidentes de transporte e 1,0% por suicídio (WAISELFISZ, 2015). Além das diversas consequências, esses índices trazem complicações na saúde, na dinâmica demográfica e, por conseguinte, no processo de desenvolvimento econômico e social (CERQUEIRA et al., 2018).

3.6 Sistema de Informação sobre Mortalidade

O SIM foi implantado no Brasil desde 1975, é um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, cujo objetivo é captar dados sobre os óbitos do país, a fim de fornecer

informações sobre mortalidade para todas as instâncias do Sistema de Saúde (BRASIL, 2001). O SIM é um sistema de fácil manuseio e é utilizado por todos os municípios do Brasil. Porém, apesar de fornecer informações que permitem aos setores, isoladamente, avaliarem as suas demandas particulares, como o monitoramento de doenças, ele não permite que o gestor responsável pelo planejamento e pela programação dos serviços de média e alta complexidade consiga visualizar o processo geral, o que possibilitaria a melhoria da situação de saúde do brasileiro (DANIEL; MACADAR; PEREIRA, 2013).

A declaração de óbito (DO) que é o documento padrão do SIM, é padronizada em todo território nacional e utilizada pelos Cartórios de Registro Civil para a emissão da Certidão de Óbito. A Certidão de Óbito contém informações sobre as condições mórbidas presentes ou preexistentes no momento da morte, categorizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), adotada pelo Brasil para codificar óbitos a partir de 1996. Em óbitos por causas externas, o bloco VI (condições e causas do óbito) é complementado pelo bloco VIII (causas externas) (BRASIL, 2001).

Dentre as variáveis que correspondem o bloco de causas externas de mortalidade estão: V01 a V99: acidentes de transporte; W00 a X59: outras causas externas de traumatismos acidentais; X60 a X84: lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídios); X85 a Y09: agressões intencionais (homicídios) Y10 a Y98: outras causas externas. (WAISELFISZ, 2012).

3.7 Estratégias de prevenção à violência

Com o avanço das políticas públicas adotadas pelo Brasil nas últimas décadas, o país tem conseguido salvar a vida de milhares de crianças na primeira infância. Mas, infelizmente, esse esforço acaba se perdendo com as mortes violentas na adolescência. A cada dia, 30 crianças e adolescentes são assassinados no Brasil, segundo estimativa feita pelo UNICEF, e essa é uma realidade que se agrava. Sendo assim, o enfrentamento dos homicídios contra crianças e adolescentes é uma prioridade do UNICEF, diversas ações são desenvolvidas através do Programa de Cooperação do UNICEF com o Brasil 2017-2021 (UNICEF, 2016).

A OMS reúne quatro áreas centrais para a ação de saúde, visando orientações como prevenção de agravos no espectro de problemas de saúde sobre adolescentes, como: prestação de serviços de saúde, coleta de dados necessários para defender, planejar e monitorar a saúde e intervenções, desenvolvimento e implementação de programas de promoção da saúde e proteção, políticas e mobilização e apoio a outros setores (WHO, 2014).

Em 2001, o Ministério da Saúde promulgou a inclusão da violência na pauta do setor saúde, instituindo a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV) que adotou expressões de eventos e ocorrências acidentais e violentas que geram agravos à saúde, visando estabelecer diretrizes e responsabilidades institucionais, contemplando e valorizando medidas protetivas e preventivas inerentes à promoção da saúde mediante articulação de diferentes segmentos sociais (BRASIL, 2001).

Em 2006, foi implantado o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito SUS. O Sistema VIVA possui dois componentes: vigilância de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovocadas (VIVA – contínuo) e vigilância de violências e acidentes em emergências hospitalares (VIVA – sentinela), com o objetivo de gerar avaliações de forma mais ampla sobre o impacto e a caracterização da violência em todas as regiões do país (VELOSO et al., 2013).

Estudos evidenciados em pesquisas científicas destacam que a violência que acomete os jovens é um problema mundial de saúde pública, e que ainda, é um fator complexo, mas evitável, com uma gama de fatores de risco e proteção que podem ser abordados. Tais resultados são importantes implicações para o desenvolvimento e elaboração de programas com estratégias para a promoção e prevenção da violência (CUNNINGHAM et al., 2015).

Na Escócia, ocorreu um declínio nas taxas de internações por lesões violentas em adolescentes, em comparação com a Inglaterra, resultado evidenciado pelas políticas públicas existentes serem mais eficazes para redução da violência (HERBERT et al., 2017).

O índice crescente da violência revela, além da naturalização do fenômeno, a premência de ações compromissadas e efetivas por parte das autoridades nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Não há dúvida de que o desafio é grande, afinal trata-se de uma complexa agenda da segurança pública, que deve envolver ações intersetoriais e integradas que incluam, além dos executivos, o Parlamento, a Justiça, o Ministério Público, a Defensoria e também a academia, as igrejas, os empresários e toda a sociedade civil organizada (CERQUEIRA et al., 2018).

Para tanto, Silva et al. (2018) ressaltam a importância da necessidade de intervenções de cultura e paz na adolescência, que envolvam o ambiente escolar e social a fim de presumir efetividade das ações na saúde dos adolescentes e assim reduzir o índice de violência.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de coorte, descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados nos municípios do estado de Sergipe, tendo como população crianças e adolescentes de 0 a 19 anos, vítimas de mortalidade por agressão.

4.2 Área de abrangência

Esse estudo foi realizado no estado de Sergipe, que apresenta como fronteiras ao Leste o Oceano Atlântico, ao Oeste e ao Sul o estado da Bahia e ao Norte o estado de Alagoas. O estado ocupa a menor área territorial dentre os estados brasileiros, com extensão de 21.918,493 km² (BRASIL, 2015).

O estado de Sergipe compreende 75 municípios e é formado por três mesorregiões geográficas, que são: Agreste Sergipano, Leste Sergipano e Sertão Sergipano e essas subdividem-se em treze microrregiões denominados: Agreste de Itabaiana, Agreste de Lagarto, Aracaju, Baixo Cotinguiba, Boquim, Carira, Cotinguiba, Estância, Japarutuba, Nossa Senhora das Dores, Propriá, Sergipana do Sertão do São Francisco e Tobias Barreto, contando ainda com sete regiões de saúde: Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto, Nossa Senhora da Glória, Nossa Senhora do Socorro e Propriá (Anexo C) (BRASIL, 2010).

4.3 População, critérios de inclusão e exclusão

O IBGE estima total de 758.267,00 de crianças e adolescentes de ambos os sexos com faixa etária de 0 a 19 anos, sendo 384.194,00 do sexo masculino e 374.073,00 do sexo feminino em Sergipe (BRASIL, 2010).

A população específica compreendeu crianças e adolescentes de 0 a 19 anos completos, vítimas de mortalidade por agressão. Foram excluídas aquelas cuja residência ou ocorrência não se deu no estado de Sergipe.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis no estudo se referem às dimensões potencialmente relacionadas a incidência de mortalidade em crianças e adolescentes por agressão:

Variáveis dependentes: incidência de mortalidade por agressão, probabilidade e índice de risco;

Variáveis independentes: cor/raça, sexo, idade, escolaridade e vínculo familiar.

4.5 Coleta de dados

Após aprovação do CEP, foi realizada a coleta dos dados obtidos a partir das informações contidas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no SIM do Ministério da Saúde, com recorte temporal 2007 a 2016, para particularizar as ocorrências de mortalidade por agressão nas sete regiões de saúde do estado de Sergipe. Foi coletada no IBGE a estimativa populacional entre o período estudado.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram descritos por meio de frequências simples, percentuais e taxa de mortalidade bruta. As associações entre as variáveis do estudo foram testadas por meio de teste Exato de Fisher e Z com correção de Bonferroni para múltiplas comparações. As taxas de crescimento anual percentual foram quantificadas utilizando o programa *Jointpoint Regression Program* (Versão 4.5.0.1). O perfil das ocorrências também foi analisado por meio de mapa perceptual estimado por análise de correspondência múltipla sendo apenas incluídos variáveis significativas a 5% pelo teste Qui-Quadrado com as regiões de saúde de residência e ocorrência. O nível de significância adotado foi de 5% e o software utilizado foi o *R Core Team* 2018.

4.7 Aspectos éticos e legais

A aludida pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, sob análise do CEP da Universidade Tiradentes (UNIT), seguindo as normas que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovada pelo CAAE nº 70648317.2.0000.5371 por meio do Parecer nº 2.435.980 (Anexo A). As etapas metodológicas foram iniciadas somente após a aprovação do CEP.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram apresentados em formato de artigos científicos. O primeiro manuscrito foi submetido à avaliação na Revista Temas em Saúde e o segundo manuscrito será submetido à avaliação na Revista Cadernos de Saúde Pública.

ARTIGO I - Avaliação da mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: perfil epidemiológico em Sergipe.

ARTIGO II - Perfil dos óbitos por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe.

Avaliação da mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: perfil epidemiológico em Sergipe

Fernanda Kelly Fraga Oliveira¹
Lourivânia Oliveira Melo Prado¹
Henrique Soares Silva¹
Íkaro Daniel de Carvalho Barreto²
Francisco Prado Reis¹
Sonia Oliveira Lima¹

RESUMO - A Organização Pan-Americana de Saúde configura as causas externas como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. Este estudo teve como objetivo avaliar o perfil epidemiológico da mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes no estado de Sergipe no período de 2007 a 2016. Trata-se de um estudo de coorte, de caráter descritivo e analítico com abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados secundários, abordando a população específica de crianças e adolescentes, vítimas de mortalidade por causas externas nos 75 municípios do estado. As informações foram obtidas a partir do banco de dados do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Foi evidenciado que a mortalidade por causas externas prevalece entre adolescentes, do sexo masculino e a principal causa foi o homicídio, com crescimento percentual anual significativo (9,3%). Assim, foi possível identificar como os aspectos socioeconômicos, psicossociais e familiares influenciam no índice de mortalidade por causas externas e quais são mais prevalentes, identificando causas e fatores relacionados ao meio social e familiar. O conhecimento do perfil epidemiológico para desenvolver ações sociais de continuidade na comunidade, como medidas preventivas, protetivas, restaurativas e implementações de políticas públicas sociais devem estar atreladas a ações de seguridade e proteção sociais.

Palavras-chave: Mortalidade; Causas externas; Criança; Adolescente.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PSA), Universidade Tiradentes.

² Programa de Pós-Graduação em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco.

ABSTRACT - The Pan American Health Organization sets external causes as one of the most serious public health problems in the world. This study aimed to evaluate the epidemiological profile of mortality due to external causes in children and adolescents in the state of Sergipe from 2007 to 2016. It is a cohort study, with a descriptive and analytical character with a quantitative approach of secondary data collection, addressing the specific population of children and adolescents, victims of mortality due to external causes in the 75 municipalities of the state. The information was obtained from the database of the Ministry of Health, the Department of Informatics of the Unified Health System and the Mortality Information System. It was evidenced that mortality from external causes prevailed among adolescents, and the main cause was homicide, with a significant annual percentage increase (9.3%). Thus, it was possible to identify how socioeconomic, psychosocial and family aspects influence the mortality rate due to external causes and which are more prevalent, identifying causes and factors related to the social and family environment. Knowledge of the epidemiological profile to develop social actions of continuity in the community, such as preventive, protective, restorative measures and social public policy implementations should be linked to social security and protection actions.

Keywords: Mortality; External causes; Children; Adolescent.

INTRODUÇÃO

Nos Estados Unidos da América (EUA) o trauma devido as causas externas, tem sido considerado como a principal causa de morte na infância após o primeiro ano de vida (PIATT JUNIOR, 2015). Assim, como em outros países desenvolvidos, as taxas de mortalidade infantil norte-americanas são muito baixas. A compreensão da natureza e padrões de mortalidade possibilita a identificação de fatores, que se modificados podem reduzir o risco de futuras mortes e impulsionam iniciativas preventivas (SIDEBOTHAM et al., 2014). Contudo, o aumento nas taxas de morte por causas externas parece estar atrelado à desigualdade, à injustiça, corrupção, impunidade, deterioração institucional, violação dos direitos humanos, banalização e baixa valorização da vida (MINAYO; SOUZA, 2005).

Países desenvolvidos, de maneira geral, apresentam estatísticas vitais e de boa qualidade. No entanto, apesar do Brasil apresentar dados abrangentes quanto a natalidade e mortalidade, em seu território, não se constata, com frequência, esses dados em fontes estatísticas de organizações internacionais. Este fato pode ser atribuído, pela enorme extensão territorial do país, à não cobertura total de alguns dados estatísticos vitais (PEREIRA, 2012).

No Brasil, em 2014, pelo menos 59.627 pessoas foram vítimas de homicídio, o que elevou a taxa para 29,1/100 mil habitantes. Desde 2004, a prevalência de homicídio vem ocorrendo de maneira desigual pelo seu território. Enquanto oito unidades do país lograram diminuição em suas taxas de homicídio, em outras seis ocorreram com aumento superior a 100%, com destaque para estados da região Nordeste (BRASIL, 2016).

Em 2014, o país bateu recorde de violência, com uma taxa de homicídios de 29,8/100 mil habitantes. A edição do Atlas da Violência do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) registrou um recorde, no ano 2016, com 30,3 homicídios por 100 mil habitantes no país. O número anual de homicídios no Brasil é 30 vezes maior que de toda a Europa; na América Latina, só fica atrás para Honduras e El Salvador. Dados da edição do ano 2018 do IPEA; extraídos do banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), revelaram um cenário mais trágico que o do ano de 2017 (CERQUEIRA et al., 2018).

Neste contexto, a maioria das vítimas fatais de acidentes e violências no Brasil, tem sido os adolescentes, jovens e adultos jovens. A população masculina é a mais atingida, o que gera redução em sua expectativa de vida. Esses agravos ainda geram grande demanda por serviços de saúde, com maior impacto em populações mais pobres, por estarem expostas aos ambientes inseguros e redução do acesso aos serviços de saúde e as ações de prevenção (BRASIL, 2010).

Considerada pela Organização Mundial de Saúde como um problema particular para adolescente do sexo masculino, a violência atingiu cerca de 1,3 milhão de adolescentes vítimas de mortes em 2012 por causas evitadas ou tratadas. A mortalidade predomina em meninos entre 15 a 19 anos, reafirmando que comportamentos e condições sociais têm um sério impacto na saúde e desenvolvimento de adolescentes, causando efeitos devastadores em sua saúde como adultos (WHO, 2014).

Nos últimos dez anos, as vítimas da violência totalizaram 553 mil pessoas, das quais 71,1% foram mortas por armas de fogo. A Região Nordeste concentra os três piores índices por 100 mil habitantes e lideram os índices no quesito Juventude Perdida, quando 33.590 pessoas, de 15 a 29 anos, foram assassinadas no Brasil em 2016, resultando em uma taxa de 65,5 para cada 100 mil jovens, dos quais 94,6% eram do sexo masculino (CERQUEIRA et al., 2018).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquelas entre doze e dezoito anos de idade. Estabelece como dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à

convivência familiar e comunitária proporcionando o direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 2008).

O presente estudo foi realizado em vista a escassez de pesquisas, em especial no estado de Sergipe, que tratem a respeito do perfil epidemiológico da mortalidade por violência entre crianças e adolescente neste estado. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a frequência, a natureza e o perfil dos indivíduos vítimas de homicídio.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de coorte, de caráter descritivo e analítico com abordagem quantitativa, realizada por meio de coleta de dados secundários, sendo a população de estudo composta pela quantidade de criança e adolescente/ano. A pesquisa seguiu todos os aspectos preconizados pela Resolução: nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada pelo CAAE nº 70648317.2.0000.5371 através do Parecer nº 2.435.980.

A abrangência do estudo compreendeu todos os 75 municípios do estado de Sergipe. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o estado de Sergipe apresenta como fronteiras a Leste o Oceano Atlântico, a Oeste e ao Sul o estado da Bahia e ao Norte o estado de Alagoas (BRASIL, 2015).

A população específica compreendeu crianças e adolescentes de 0 a 19 anos completos (19 anos 11 meses e 29 dias), vítimas de mortalidade por causas externas violentas, sendo excluídas aquelas que já completaram 20 anos, utilizando as categorias segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS), e distribuídas em ocorrências por classes de: 0 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos de idade e sexo.

Para realização da taxa de mortalidade foi utilizado dados do IBGE (2010), estimados dos seus registros que contabilizavam um total de 758.267,00 de ambos os sexos com faixa etária de 0 a 19 anos: 384.194,00 do sexo masculino e 374.073,00 do sexo feminino (BRASIL, 2010).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi processada a coleta dos dados de mortalidade relativos ao período de 2007 a 2016. As informações foram obtidas a partir do banco de dados do: MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e IBGE. Neste último foi obtida a contagem populacional entre o período estudado. Os dados suplementares foram

trabalhados segundo a tipificação das mortes por causas externas, de acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID - 10) da OMS e MS.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram descritos por meio de frequência simples, percentual e taxa de mortalidade bruta. As taxas de crescimento anual percentual foram quantificadas utilizando o programa Jointpoint Regression Program (Versão 4.5.0.1). As demais análises foram realizadas utilizando o software *R Core Team* 2018. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram registradas 2910 mortes de crianças e adolescentes entre os anos de 2007 a 2016: 724 (24,9%) por acidentes de transportes, 492 (16,9%) por outras causas externas de lesões acidentais, 115 (4%) por lesões autoprovocadas voluntariamente, 1475 (50,7%) por agressões e 104 (3,6%) por eventos cuja intenção foi indeterminada (Tabela 5.1.1).

Tabela 5.1.1. Número (N), proporção (%) e grandes causas externas segundo causas específicas e sexo – Sergipe, 2007 a 2016.

	Sexo		Total
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	
Grande Grupo CID10			
V01-V99 Acidentes de transporte	560 (23)	164 (34,4)	724 (24,9)
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	358 (14,7)	134 (28,1)	492 (16,9)
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	63 (2,6)	52 (10,9)	115 (4)
X85-Y09 Agressões	1378 (56,6)	97 (20,3)	1475 (50,7)
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	74 (3)	30 (6,3)	104 (3,6)
Total	2433 (100)	477 (100)	2910 (100)

Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual.

Dos 2910 (100%) casos de mortalidade por causas externas: 2433 (83,6%) foram do sexo masculino e 477 (16,4%) feminino. Entre as meninas e garotos do sexo masculino, a agressão foi a causa de maior prevalência com 1378 (56,6%) casos. Entre as crianças e adolescentes do sexo feminino, a causa externa prevalente foi acidente de transporte que correspondeu a 164 (34,4%) dos casos.

A tabela 5.1.2 apresenta os dados de mortalidade por causas externas distribuídos por faixas etárias. Foram registrados 310 (10,6%) em crianças de 0 a 4 anos, 173 (5,9%) de

5 a 9 anos, 311 (10,7%) entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos e 2116 (72,7%) entre adolescentes de 15 a 19 anos.

Tabela 5.1.2. Número (N), proporção (%) e grandes causas externas segundo causas específicas e Idade – Sergipe, 2007 a 2016.

	Idade (anos)			
	0 a 4 N (%)	5 a 9 N (%)	10 a 14 N (%)	15 a 19 N (%)
Grande Grupo CID10				
V01-V99 Acidentes de transporte	65 (21)	80 (46,2)	109 (35)	470 (22,2)
W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais	201 (64,8)	65 (37,6)	89 (28,6)	137 (6,5)
X60-X84 Lesões autoprovocadas				
Voluntariamente	0 (0)	0 (0)	20 (6,4)	95 (4,5)
X85-Y09 Agressões	22 (7,1)	16 (9,2)	69 (22,2)	1368 (64,7)
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	22 (7,1)	12 (6,9)	24 (7,7)	46 (2,2)
Total	310 (100)	173 (100)	311 (100)	2116 (100)

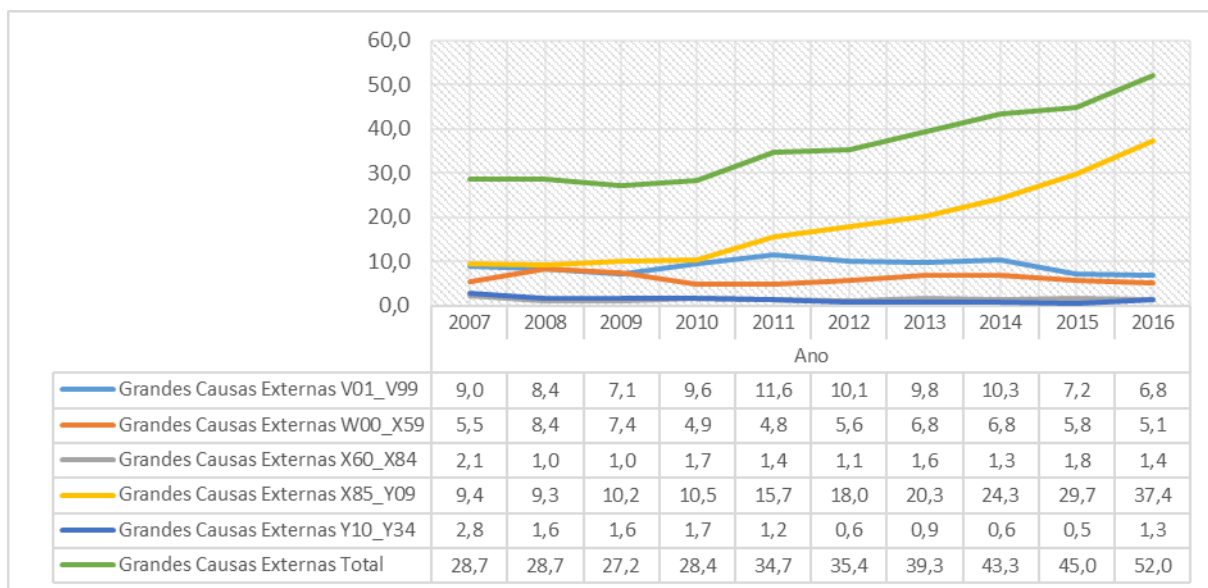
Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual.

Entre as crianças de 0 a 4 anos, outras causas externas, não especificadas de lesões acidentais foram as principais causas de mortalidade com 201 (64,8%) ocorrências. Enquanto para as crianças de 5 a 9 anos e as crianças e adolescentes de 10 a 14 anos os acidentes de transporte foram responsáveis por respectivamente 80 (46,2%) e 109 (35%) das causas de mortalidade. Já para os adolescentes de 15 a 19 anos, as agressões foram responsáveis por 1368 (64,7%) das ocorrências de mortalidade por causas externas.

As tendências temporais na taxa de mortalidade bruta por grandes causas externas segundo grande grupo CID10 são expressas na figura 5.1.1. Pode ser observado que existe tendência do aumento de mortalidade entre crianças e adolescentes, pois a taxa variou de 28,7 para 52 por 100 mil habitantes, o que corresponde a um aumento de 81% em 10 anos, com destaque para as agressões que aumentou 297% na década estudada. Os eventos relacionados a causa indeterminada expressam uma tendência ascendente de 46,4%.

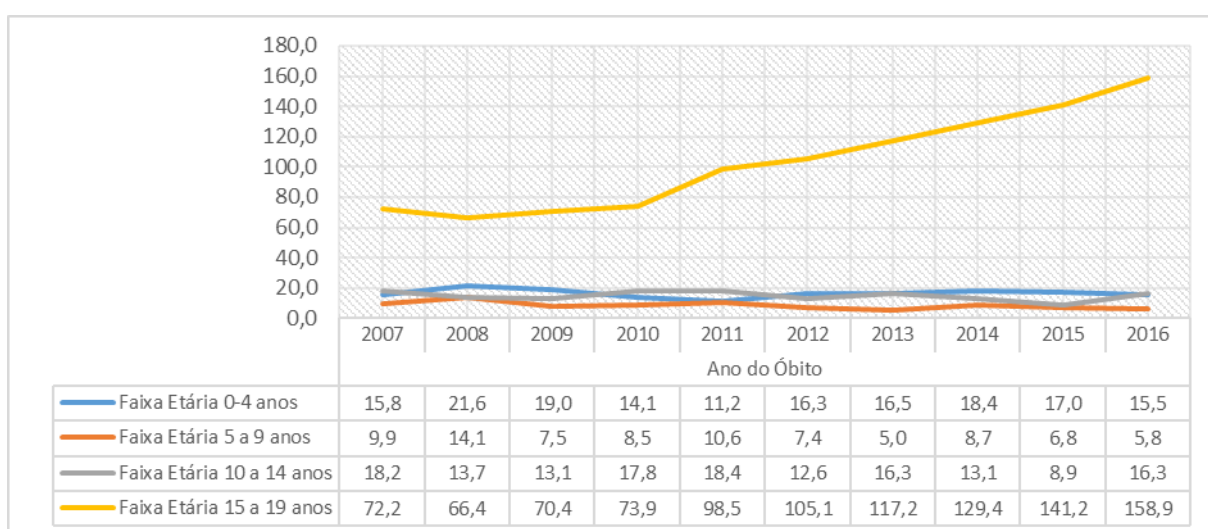
Figura 5.1.1. Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo grande grupo CID10 e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.



Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

A figura 5.1.2 exibe as tendências temporais na taxa bruta de mortalidade por causas externas. As faixas etárias de 0 a 4 e 10 a 14 anos não retrataram tendências de crescimento ou decréscimo ao longo do período. Já a faixa etária de 5 a 9 anos experimentou uma tendência de decréscimo diminuindo em 41,4% em 10 anos e entre 15 a 19 anos apresentou uma tendência de crescimento de 120% em 10 anos.

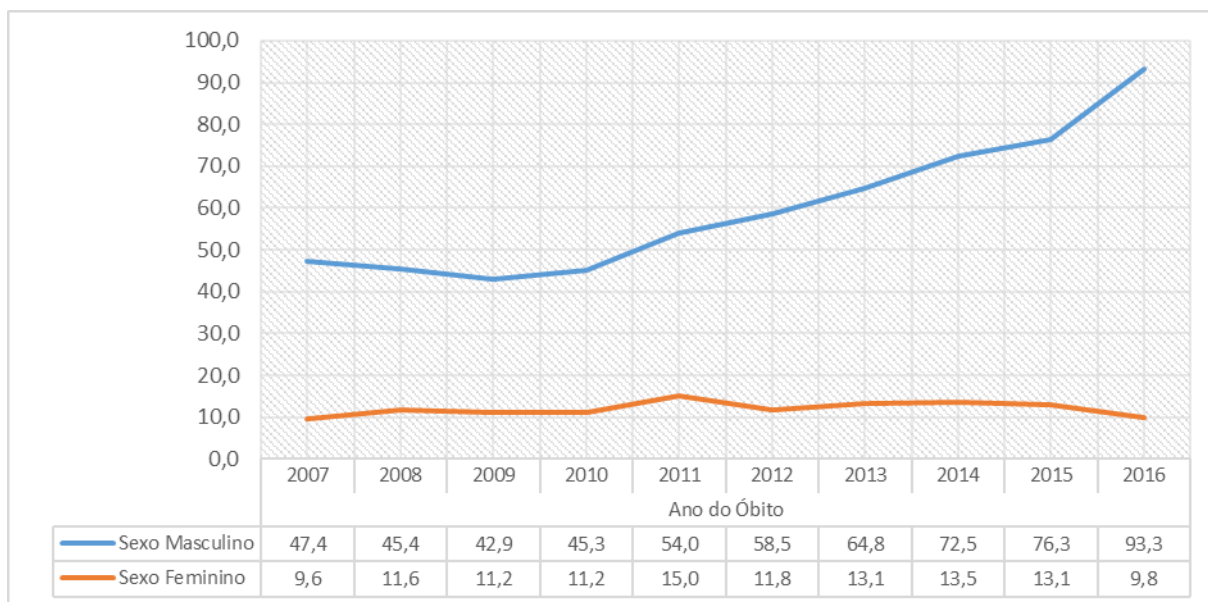
Figura 5.1.2. Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo faixa etária e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.



Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

Na figura 5.1.3, observam-se tendências temporais da taxa de mortalidade bruta por causas externas segundo sexo. As mortes por causas externas entre crianças do sexo masculino revelam uma tendência ascendente que variou de 47,4 para 93,3 casos por 100 mil habitantes em 10 anos. As respectivas taxas associadas ao sexo feminino mantiveram-se estáveis ao longo do período.

Figura 5.1.3. Taxa de mortalidade bruta (por 100 mil habitantes) por grandes causas externas segundo sexo e ano de ocorrência – Sergipe, 2007 a 2016.



Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

A tabela 5.1.3 demonstra o crescimento anual percentual da taxa de mortalidade por grandes causas externas, faixa etária e sexo. Foram detectados dois períodos distintos nas taxas de mortalidade por causas externas. De 2007 a 2009, as taxas se mantiveram estáveis. A partir de 2009 a 2016 ocorreu um crescimento anual percentual de 9,3% (<0,01). Ajustando esta taxa por faixa etária, o crescimento anual percentual no período foi de 6,8% (<0,01).

Tabela 5.1.3. Crescimento anual percentual das taxas de mortalidade por grandes grupos de causas externas – Sergipe, 2007 a 2016.

	CAP	IC-	IC+	p
Total				
2007-2009	-2,8	-17,3	14,3	0,7
2009-2016	9,3	7,3	11,4	<0,01
Total Ajustado por Idade	6,8	5,2	8,4	<0,01
V01-V99	-0,7	-5,5	4,3	0,7
W00-X59	-2	-6,7	2,9	0,4
X60-X84	-0,6	-6,9	6,2	0,8
X85-Y09	18,5	15,9	21,2	<0,01
Y10-Y34	-12,1	-19,1	-4,4	<0,01
Faixa etária				
0 a 4 anos	-1,2	-5,5	3,3	0,6
5 a 9 anos	-6,8	-12,3	-1	<0,01
10 a 14 anos	-2,2	-7,2	3,1	0,4
15 a 19 anos	10,8	8,9	12,8	<0,01
Sexo				
Masculino				
2007-2009	-5,8	-20	10,8	0,4
2009-2016	11,4	9,3	13,5	<0,01
Feminino	1,5	-2,3	5,4	0,4

Legenda: CAP – Cresciemnto anual percentual; IC- – Limite Inferior com 95% de confiança; IC+ – Limite Superior com 95% de confiança, 2007 a 2016; V01-99 – Acidentes de transporte; W00-X59 – Outras causas externas de lesões acidentais; X60-X84 – Lesões autoprovocadas voluntariamente; X85-Y09 – Agressões; Y10-Y34 – Eventos cuja intenção é indeterminada.

Fonte: SIM/SVS/MS (datasus.gov.br; acesso em 03 de outubro de 2018).

Ao avaliar o crescimento anual percentual para as grandes causas externas por CID10, observou-se que as agressões tiveram aumento de 18,5% (<0,01), enquanto eventos cuja intensão é indeterminada diminui a uma taxa de 12,1% (<0,01). A faixa etária de 5 a 9 anos experimentou um decréscimo anual percentual de 6,8% (<0,01), enquanto a faixa etária de 15 a 19 teve um aumento de 10,8% (<0,01). As taxas de mortalidade anuais para o sexo masculino apresentou dois períodos distintos nas taxas de mortalidades: de 2007 a 2009 as taxas se mantiveram estáveis, enquanto que de 2009 a 2016 foi observado um crescimento anual percentual de 11,4% (<0,01). Essas taxas mantiveram-se estáveis no mesmo período com relação ao sexo feminino.

DISCUSSÃO

O Relatório Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes do Brasil, encomendado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e Secretaria de Direitos Humanos, em parceria com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), revelou que entre 1980 e 2013 as causas externas vitimaram 689.627 crianças e adolescentes no Brasil, contudo, os homicídios aumentam de 0,7% para 13,9% no total de mortes de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos (WAISELFISZ, 2016).

No presente estudo, registros dos anos de 2006 a 2017 revelaram elevação nas taxas de mortalidade de crianças e adolescentes no estado de Sergipe, tendo as agressões com principal causa de morte de acordo com o grande grupo CID-10.

Homicídios por armas de fogo tem sido um fator proeminente em agressões intencionais ou não intencionais, e são considerados a terceira principal causa de morte entre as crianças americanas com idade entre 1 e 17 anos, superando o número de mortes por anomalias congênitas pediátricas, doenças cardíacas, influenza e/ou pneumonia, doença respiratória crônica e causas cerebrovasculares (FOWLER et al., 2017).

As causas intencionais, por sua vez, referem-se às violências autoinfligidas (suicídios e tentativas) e heteroinfligidas, chamadas de agressões, que correspondem aos homicídios e suas tentativas. Embora essas causas atinjam, prioritariamente, a população considerada adulta-jovem, seu peso na faixa etária de menores de 20 anos é relevante (WAKSMAN; HIRSCHHEIMER; PFEIFFER, 2018).

No Brasil em 2010, ocorreram 143 mil (12,5%) óbitos devido as causas externas. O aumento da mortalidade por causas externas, observado a partir da década de 1980, deve-se principalmente aos homicídios (com 52 mil óbitos) e aos acidentes de transporte terrestre (com 42,5 mil óbitos), com destaque em grandes centros urbanos. Os homens jovens são os mais afetados pelo crescimento dos homicídios, como agressores e vítimas, e pelos acidentes de trânsito (BRASIL, 2012). Neste estudo, mais de 80% dos casos de mortalidade por causas externas que aconteceram em crianças e adolescentes foram do sexo masculino, o que caracterizou as taxas no sexo feminino foram os acidentes de transporte.

Em 2013, mais de 57.000 pessoas morreram nos EUA em 17 estados, vítimas de violência, um total de 18.765 incidentes fatais envolvendo 19.251 mortes que foram capturados pelo Sistema Nacional de Notificação de Mortes Violentas (NVDRS). A maioria (66,2%) dos óbitos foram suicídios, seguidos de homicídios (23,2%), óbitos com intenção indeterminada (8,8%), óbitos envolvendo intervenção legal (1,2%). As taxas de mortalidade por intervenção legal foram mais altas entre homens e pessoas com idade entre 20 e 24 anos e entre 30 e 34 anos; as taxas foram mais altas entre os homens negros e em um grupo de população jovem (BRIDGET et al., 2016).

Para tanto, no estado de Sergipe dentre as faixas etárias distribuídas por ocorrências, prevaleceu a mortalidade por causas externas com mais de 72% entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo as agressões responsáveis por 64,7% destas ocorrências. O levantamento que estimou a tendência de mortes violentas de adolescentes entre 2015 e 2021, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e publicado no jornal O Estado de São Paulo publicado em 11 de outubro de 2017, revelou que, em sete anos 43 mil adolescentes deverão ser vítimas de homicídio no

país, e sendo o Nordeste a região mais violenta para a faixa etária de 12 a 18 anos (DIÓGENES; POMPEU, 2017).

Analisando as tendências temporais da taxa de mortalidade foi possível observar o crescimento da mortalidade entre crianças e adolescentes, correspondente a uma elevação de 81% nas taxas em 10 anos, destacando as agressões que configuram aumento de 297%. No que se refere as faixas etárias entre 15 a 19 anos, evidenciou tendência de crescimento de 120% de mortalidade nos próximos 10 anos. Enquanto as taxas relativas ao sexo feminino mantiveram-se estáveis no período de estudo, as ocorrências no sexo masculino variaram de 47,7 para 93,3 casos por 100 mil habitantes em uma década.

A vitimação de adolescentes entre 15 e 29 anos no país é um fenômeno anunciado ao longo das últimas décadas, porém, permanece sem devida resposta em termos de políticas públicas que auxiliem no enfrentamento do problema, dados de 2016 apontam o agravamento da situação de boa parte dos jovens do país, sobretudo os homens, que perdem prematuramente as suas vidas (CERQUEIRA et al., 2018).

Em estudo realizado por Moura et al. (2015) que retrata as desigualdades na mortalidade por causas externas no Brasil, o coeficiente desse tipo de morte foi maior entre homens mais jovens (20 a 29 anos), do que entre mulheres. A razão de mortalidade por causas externas chega a ser quase nove vezes maior entre homens comparativamente às mulheres, com valores maiores nas regiões Norte e Nordeste.

O crescimento anual percentual da taxa de mortalidade por causas externas no estado de Sergipe, foram detectados dois períodos distintos nas taxas, sendo que entre 2007 a 2009 as taxas mantiveram-se estáveis, enquanto a partir de 2009 a 2016 ocorreu um crescimento anual.

A incidência da mortalidade é muito maior entre homens (36,4%) do que entre mulheres (10,9%), com risco 170% maior entre homens. O risco também é maior entre os mais jovens: 6,00 para homens e 7,36 para mulheres. Os principais tipos de óbitos por causas externas entre homens são agressões, seguidas por acidentes de transporte terrestre, inverso das mulheres. Além do sexo, a idade foi o fator preditivo mais importante da mortalidade precoce por causas externas, indicando a necessidade de ações multissetoriais na construção de novas identidades contra a violência (MOURA et al., 2015).

Houve um aumento considerável na mortalidade por causa externa, considerando a agressão a principal causa de homicídio no período estudado, com incidência anual elevada, e predominante no sexo masculino entre a faixa etária de 15 a 19 anos no estado de Sergipe.

O ECA descreve que toda criança e adolescente tem direito assegurado à proteção a vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o

nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência; e que nenhuma destas serão objetos de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2008).

Iniciativas intersetorias para redução dos altos índices de violência recomendada pelo Fundo das Nações Unidas formam quatro grandes eixos: o primeiro é o investimento em educação, garantindo efetivação de assiduidade de todas as crianças e adolescentes nas escolas, mediante o estabelecimento de mecanismos de inclusão; o segundo é melhorar a infraestrutura pública e os serviços públicos ofertados nas comunidades e periféricas; o terceiro é a proteção das famílias e amigos das vítimas, com atenção aqueles sob risco de homicídio; o quarto e último eixo é estabelecimento de políticas voltadas a formação de toda equipe de segurança pública (UNICEF, 2016).

CONCLUSÃO

Com base nos resultados dessa pesquisa que retratou a mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos de idade, tendo como principal causa de mortalidade a agressão evidenciada no sexo masculino com faixa etária entre 15 a 19 anos e o estado de Sergipe com o de maior índice de morte por violência do Nordeste. Esta realidade demonstra a alta taxa de mortes violentas evidenciando a necessidade de discussão articulada que envolva políticas de saúde e ambiente, de sociedade e educação.

Com o intuito de contribuir para uma visão mais ampla no que concernem as atitudes e condições sociais de famílias e da sociedade, este estudo poderá colaborar com os gestores das esferas públicas para que sejam compreendidos quais os determinantes, fatores e conseqüências que levam a mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas.

Além disso, o conhecimento do perfil epidemiológico direciona o desenvolvimento de ações sociais de continuidade na comunidade, como medidas preventivas, protetivas, restaurativas e implementações de políticas públicas sociais.

Modelos de políticas com base conceitual construída a partir de fatores atualizados, com dados que revelam a violência como tragédia no contexto social e familiar devem ser implantadas a partir de dados relevantes com o objetivo alvo de políticas públicas inclusivas e abrangentes, tendo como ponto de partida a análise deste estudo que revela a alta incidência de crianças e adolescentes vítimas de mortalidade por agressão, sendo reconhecidos como um grupo vulnerável de modo crescente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/CENSUS. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Censo Demográfico, 2016**. Brasília/DF, 2010. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2015. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. **Estatísticas de mortalidade: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil**. Brasília, DF, 2010. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente/Ministério da Saúde**. – 3. ed. – Brasília/DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Tecnologia da informação a serviço do SUS - (DATASUS), 2012. **Mortalidade por causas externas**, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Brasília/DF, 2016. Acesso em 05 de outubro de 2018.

BRIDGET, H. L.; KATHERINE, A. F.; SHANE, P. D. J.; CARTER, J. B.; JANET, M. B. Surveillance for Violent Deaths - National Violent Death Reporting System, 17 States, 2013. **Surveillance Summaries** / August 19, 2016 / 65(10): 1-42.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO, D.; ALVES, P. P.; PINHEIRO, M.; ASTOLFI, R.; MARQUES, D. **Atlas da violência**. Brasília/DF: Ipea, 2018.

DIÓGENES, J.; POMPEU, C. Em 7 anos, País terá 43 mil jovens assassinados. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 11 out. 2017. Acessado em 03 de outubro de 2018.

FOWLER, K. A.; DAHLBERG, L. L.; HAILEYESUS, T.; GUTIERREZ, C.; BACON, S.; Childhood Firearm Injuries in the United States. **PEDIATRICS**. July, 2017. 1-13.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Documento do Programa de Cooperação do UNICEF com o Brasil para o período de 2017-2021**. Brasil, 2016.

MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005. P. 9-33.

MOURA, E. C.; GOMES, R.; FALCÃO, M. T. C.; SCHWARZ, E.; NEVES, A. C. M.; SANTOS, W. Desigualdades de gênero na mortalidade por causas externas no Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2015. 20(3): 779-788.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PIATT JUNIOR, J. H. Pediatric spinal injury in the US: epidemiology and disparities. **J Neurosurg Pediatr**. 2015, 16: 463-471.

SIDEBOTHAM, P.; FRASER, J.; COVINGTON, T.; FREEMANTLE, J.; PETROU, S.; JACOB, R. P.; CUTLER, T.; ELLIS, C. Understanding why children die in high-income countries. **The Lancet**. September, 2014. 915-927.

WAISELFISZ, J. J. **Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes do Brasil**. Relatório de pesquisa – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Brasil, 2016.

WAKSMAN, R. D.; HIRSCHHEIMER, M. R.; PFEIFFER, L. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência**. – 2.ed. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. **Health for the World's Adolescents**. A second chance in the second decade, 2014.

Perfil dos óbitos por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe

Fernanda Kelly Fraga Oliveira¹
Lourivânia Oliveira Melo Prado¹
Henrique Soares Silva¹
Íkaro Daniel de Carvalho Barreto²
Francisco Prado Reis¹
Sonia Oliveira Lima¹

RESUMO - A violência infligida contra crianças e adolescentes é um problema mundial de saúde pública, afetando a saúde individual e coletiva. A cada 7 minutos, uma criança e adolescente é morta vítima de violência no mundo. Estudos internacionais indicaram que 91% das mortes por armas de fogo de crianças entre 0 e 14 anos ocorrem nos Estados Unidos em relação aos outros países de renda alta. São retratados indicadores crescentes de mortalidade no Brasil nos últimos 10 anos. Sergipe, Rio Grande do Norte e Alagoas tiveram maior índice de violência em 2016. Este estudo teve como objetivo estabelecer o perfil dos óbitos por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe. Trata-se de um estudo de coorte, de caráter descritivo e analítico com abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados nos 75 municípios do estado de Sergipe. As informações foram obtidas a partir do banco de dados do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e no Sistema de Informação sobre Mortalidade. Dos 2910 (100%) registros de mortes de crianças e adolescentes entre 0 e 18 anos no recorte temporal de 2007 a 2016, foi observado que (60,1%) das ocorrências acometeram adolescentes entre 17 e 18 anos, (92,4%) do sexo masculino, (87,3%) cor/raça parda, (2%) estado civil casado, com 4 a 7 anos de estudo, (53,0%) das agressões ocorreram na região de saúde Aracaju, (54,3%) no período noturno, sendo que (84,5%) foram por arma de fogo. A agressão destaca-se em termos de magnitude e prevalência de ocorrência dos casos de óbitos e o adolescente apresenta-se como vítima importante. Portanto, é imprescindível a execução de estratégias e ações em defesa da criança e do adolescente, expressadas por políticas públicas e fortalecimento da rede de atenção a proteção e cuidado.

Palavras-chave: Agressão; Mortalidade; Criança; Adolescente.

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PSA), Universidade Tiradentes.

² Programa de Pós-Graduação em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco.

ABSTRACT - The violence inflicted on children and adolescents is a global public health problem, affecting individual and collective health. Every 7 minutes, a child and teenager is killed by violence in the world. International studies have indicated that 91 percent of firearm deaths among children ages 0 to 14 occur in the United States compared to other high-income countries. Increasing indicators of mortality in Brazil over the last 10 years are reported. Sergipe, Rio Grande do Norte and Alagoas had a higher rate of violence in 2016. The purpose of this study was to establish the profile of deaths due to aggression in children and adolescents in the state of Sergipe. It is a descriptive and analytical cohort study with a quantitative approach, performed through data collection in the 75 municipalities of the state of Sergipe. The information was obtained from the database of the Ministry of Health, the Department of Informatics of the Unified Health System and the Mortality Information System. Of the 2910 (100%) records of deaths of children and adolescents between 0 and 18 years of age in the temporal cut from 2007 to 2016, it was observed that (60.1%) of the occurrences affected adolescents between 17 and 18 years old (92.4%), male (87.3%) color / brown race, (2%) married civil status, with 4 to 7 years of schooling, (53.0%) of the aggressions occurred in the Aracaju health region, 3%) in the night period, and (84.5%) were by firearm. The aggression stands out in terms of magnitude and prevalence of occurrence of the cases of deaths and the adolescent presents itself as an important victim. Therefore, it is essential to implement strategies and actions in defense of children and adolescents, expressed by public policies and strengthening the network of attention to protection and care.

Keywords: Aggression; Mortality; Children; Adolescent.

INTRODUÇÃO

O Fundo das Nações Unidas para a Infância classifica a violência em quatro formas específicas: violência disciplinar e exposição à violência doméstica durante a primeira infância; violência na escola; mortes violentas de adolescentes; e violência sexual na infância e na adolescência (UNICEF, 2017).

No Brasil a violência é classificada como: violência estrutural, que é caracterizada cujas expressões mais fortes são o trabalho infantil, a existência de crianças vivendo nas ruas e em instituições fechadas; violência social, cujas mais vivas expressões se configuram na violência doméstica; violência delinquencial, na qual as crianças são vítimas e atores (MINAYO, 2001).

De fato, são diversos os fatores que estimulam a violência letal no país contra as crianças e adolescentes, com densa desigualdade econômica e social: a inoperância do sistema de segurança pública, a grande presença de mercados ilícitos e facções criminosas. Esses fatores continuam desafiando governos e sociedade e persistem pressionando a taxa de crimes letais, sobretudo no Norte e no Nordeste do Brasil (CERQUEIRA et al., 2018).

A violência afeta a saúde individual e coletiva, provoca mortes, lesões, traumas físicos e mentais; diminui a qualidade de vida das pessoas e das comunidades; inclui novos problemas para o atendimento médico e para os serviços públicos; e evidencia a necessidade de uma atuação de prevenção e tratamento de base interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e social. Contudo, torna-se emergente o tema na área de conhecimento e de práticas do setor saúde (MINAYO et al., 2018).

Em média, quase 1300 crianças morreram por ano nos Estados Unidos devido a uma lesão por arma de fogo, uma taxa bruta anual de 1,8 por 100.000/hab. Os meninos desproporcionalmente suportaram o ônus da mortalidade por armas de fogo, sendo responsável por 82% de todas as mortes por armas de fogo em crianças (FOWLER et al., 2017).

Os Estados Unidos têm um enorme problema de armas de fogo em comparação com outros países de alta renda, com taxas mais altas de homicídio e suicídio por armas de fogo (GRINSHTEYN; HEMENWAY, 2015). Estudos internacionais indicam que 91% das mortes por armas de fogo de crianças de 0 a 14 anos em todos os países de renda alta no mundo ocorrem nos Estados Unidos, tornando os ferimentos por armas de fogo um grave problema de saúde pública (GRINSHTEYN; HEMENWAY, 2016).

A cada 7 minutos, em algum lugar do mundo, uma criança ou adolescente entre 10 e 19 anos é morta em consequência da violência (UNICEF, 2017). Contudo, dados relativos ao Atlas da Violência elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), demonstraram indicadores do processo crescente da violência no Brasil, em 2016, o país alcançou a marca histórica de homicídios segundo informações do Ministério da Saúde, uma taxa de 30,3 mortes a cada 100 mil habitantes, corresponde a 30 vezes a taxa da Europa. Nos últimos 10 anos 553 mil pessoas perderam suas vidas devido à violência intencional no Brasil (CERQUEIRA et al., 2018).

Em 2016 houve um aumento da quantidade de jovens assassinados no Brasil, em destaque nas Unidades Federativas do Acre, Amapá, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte e Roraima. As taxas de homicídios foram evidenciadas na população jovem, é foi possível identificar que o problema é mais grave nos estados de Sergipe, Rio Grande do Norte e Alagoas (CERQUEIRA et al., 2018). Assim, o objetivo desse estudo foi

avaliar o perfil dos óbitos por agressão em crianças e adolescentes nas regiões de saúde no estado de Sergipe.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte, de caráter descritivo e analítico com abordagem quantitativa, realizado por meio de coleta de dados secundários, sendo a população de estudo composta pela quantidade de criança e adolescente/ano. Seguindo todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução: nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em aprovação CAAE nº 70648317.2.0000.5371 e Parecer nº 2.435.980.

O presente estudo se deu nos 75 municípios do estado de Sergipe. De acordo com o IBGE, o estado de Sergipe apresenta como fronteiras a Leste o Oceano Atlântico, a Oeste e ao Sul o estado da Bahia e ao Norte o estado de Alagoas (BRASIL, 2015).

A população específica compreendeu crianças e adolescentes de 0 a 18 anos completos, 18 anos 11 meses e 29 dias, vítimas de mortalidade por agressão, sendo excluídas aquelas que já completaram 19 anos, utilizando as categorias segundo a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, e divididas em ocorrências de 0 a 14 anos, de 15 a 16 anos e de 17 a 18 anos e sexo.

Para realização da taxa de mortalidade foi utilizado dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2010), dados estimados dos seus registros contabilizam total de 758.267,00 crianças e adolescentes de ambos os sexos com faixa etária de 0 a 19 anos, sendo 384.194,00 do sexo masculino e 374.073,00 do sexo feminino, ponderando-se para a faixa etária de 0 a 18 anos (BRASIL, 2010).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi prosseguida a coleta dos dados de mortalidade relativos ao período de 2007 a 2016. As informações foram obtidas a partir do banco de dados do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), para particularizar as ocorrências de mortalidade por agressão nos 75 municípios sergipanos; bem como, no IBGE para obtenção de contagem populacional entre o período estudado. Os dados suplementares foram trabalhados segundo a tipificação das mortes por agressão, de acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID-10) da Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

Os dados foram descritos por meio de frequência absoluta e relativa percentual. As associações foram testadas por meio de teste Qui-Quadrado de Pearson. As comparações múltiplas para proporção foram testadas por meio do teste Z com correção de Bonferroni.

Foi construído Mapa Perceptual estimado por meio de Análise de Correspondência Múltipla, sendo apenas incluídos variáveis significativas a 5% pelo teste Qui-Quadrado com as regiões de saúde de residência e ocorrência. As análises foram realizadas utilizando o software *R Core Team* 2018. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

As variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão no período de 2007 a 2016 no estado de Sergipe estão descritas na tabela 5.2.1. Na faixa etária de 17 a 18 anos observou-se 60,1% das ocorrências, com predomínio do sexo masculino (92,4%), de cor/raça parda (87,3%), estado civil solteiro (99,7%), e que possuíam de 4 a 7 anos de estudo (59,3%), a maioria residia na região de saúde de Aracaju (45,1%), onde ocorreram 53,0% das agressões. As agressões ocorreram no período noturno (54,3%) por meio de arma de fogo (84,5%). Observou-se que três adolescentes tinham estado civil casado ou separado judicialmente/divorciado, vale ressaltar que no Brasil, por meio da autorização dos pais, ou por meio do suprimento judicial de consentimento, o casamento de menor de dezoito anos é permitido perante requisitos previstos em lei.

Tabela 5.2.1. Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão em Sergipe, 2007 a 2016.

	N	%
Faixa etária		
0-14	103	9,4
15-16	333	30,5
17-18	656	60,1
Sexo		
Feminino	83	7,6
Masculino	1009	92,4
Raça/Cor		
Branca	73	6,9
Preta	58	5,5
Amarela	2	0,2
Parda	924	87,3
Indígena	1	0,1
Estado Civil		
Solteiro	1054	99,7
Casado	2	0,2
Separado Judicialmente/Divorciado	1	0,1
Escolaridade		
Nenhuma	20	1,9
De 1 a 3	272	26,1
De 4 a 7	618	59,3
De 8 a 11	131	12,6
12 ou mais	1	0,1
Região de Saúde Residência		
Aracaju	493	45,1
Estância	92	8,4
Glória	36	3,3
Itabaiana	116	10,6
Lagarto	97	8,9
Propriá	45	4,1
Socorro	213	19,5
Região de Saúde Ocorrência		
Aracaju	579	53,0
Estância	90	8,2
Glória	27	2,5
Itabaiana	105	9,6
Lagarto	88	8,1
Propriá	43	3,9
Socorro	160	14,7
Turno da Ocorrência		
Manhã	227	20,8
Tarde	272	24,9
Noite	593	54,3
Causa Base		
X95	919	84,2
X99	119	10,9
Outros	54	4,9

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual, X95 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo; X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante.

As variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes por faixa etária, vítimas de agressão no período de 2007 a 2016 no estado de Sergipe estão representadas na tabela 5.2.2. Pode-se observar associação estatisticamente significativa entre faixa etária e sexo ($p < 0,001$), raça/cor ($p = 0,021$) e causa base ($p < 0,001$).

Para identificar diferenças entre as faixas etárias, foram conduzidas comparações múltiplas entre os grupos sociodemográficos. Quanto ao sexo, o masculino é mais

prevalente em todas as faixas etárias, contudo as faixas de 15-16 e 17-18 anos tem maior prevalência do que a faixa de 0-14 anos.

Quanto a cor/raça, embora se observe associação, não foi possível detectá-la na análise post-hoc por meio do teste Z com correção de Bonferroni. Ao analisar a causa base, a agressão por meio de disparo de arma de fogo (X95) tem prevalência maior nas faixas de 15-16 e 17-18 anos do que 0-14 anos. Contudo, outras causas de agressão é mais prevalente na faixa etária entre 0-14 anos.

Tabela 5.2.2. Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e faixa etária em Sergipe, 2007 a 2016.

	Faixa etária			p-valor
	0-14 N (%)	15-16 N (%)	17-18 N (%)	
Sexo				
Feminino	27 (26,2) ^a	27 (8,1) ^b	29 (4,4) ^b	<0,001
Masculino	76 (73,8) ^a	306 (91,9) ^b	627 (95,6) ^b	
Raça/Cor				
Branca	12 (12,1)	24 (7,4)	37 (5,8)	0,021
Preta	3 (3)	16 (4,9)	39 (6,1)	
Amarela	0 (0)	0 (0)	2 (0,3)	
Parda	83 (83,8)	284 (87,7)	557 (87,7)	
Indígena	1 (1)	0 (0)	0 (0)	
Estado Civil				
Solteiro	78 (100)	333 (100)	643 (99,5)	0,752
Casado	0 (0)	0 (0)	2 (0,3)	
Separado Judicialmente/Divorciado	0 (0)	0 (0)	1 (0,2)	
Região de Saúde Residência				
Aracaju	41 (39,8)	148 (44,4)	304 (46,3)	0,262
Estância	8 (7,8)	31 (9,3)	53 (8,1)	
Glória	6 (5,8)	10 (3)	20 (3)	
Itabaiana	10 (9,7)	38 (11,4)	68 (10,4)	
Lagarto	11 (10,7)	32 (9,6)	54 (8,2)	
Propriá	10 (9,7)	13 (3,9)	22 (3,4)	
Socorro	17 (16,5)	61 (18,3)	135 (20,6)	
Região de Saúde Ocorrência				
Aracaju	54 (52,4)	175 (52,6)	350 (53,4)	0,733
Estância	9 (8,7)	28 (8,4)	53 (8,1)	
Glória	3 (2,9)	8 (2,4)	16 (2,4)	
Itabaiana	8 (7,8)	35 (10,5)	62 (9,5)	
Lagarto	8 (7,8)	26 (7,8)	54 (8,2)	
Propriá	9 (8,7)	13 (3,9)	21 (3,2)	
Socorro	12 (11,7)	48 (14,4)	100 (15,2)	
Turno da Ocorrência				
Manhã	19 (18,4)	62 (18,6)	146 (22,3)	0,258
Tarde	33 (32)	87 (26,1)	152 (23,2)	
Noite	51 (49,5)	184 (55,3)	358 (54,6)	
Causa Base				
X95	63 (61,2) ^a	280 (84,1) ^b	576 (87,8) ^b	<0,001
X99	15 (14,6)	40 (12)	64 (9,8)	
Outros	25 (24,3) ^a	13 (3,9) ^b	16 (2,4) ^b	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson; ^{a,b} Subgrupos distintos para o teste Z para proporções com correção de Bonferroni; X95 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo; X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante.

As variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão no período de 2007 a 2016, no estado de Sergipe, divididos por região de saúde da residência estão representadas na tabela 5.2.3. Foi observado associações significativas entre região de saúde de residência e sexo ($p=0,001$), raça/cor ($p=0,006$), escolaridade ($p=0,001$) e causa base ($p<0,001$).

Para identificar diferenças entre as regiões de saúde de residência, foram conduzidas comparações múltiplas entre os grupos sociodemográficos. A região de Glória (22,2%) apresentou maior prevalência de homicídios no sexo feminino do que as regiões de Aracaju (5,3%) e Nossa senhora de Socorro (5,6%).

A cor/raça branca foi mais prevalente na região de Lagarto (18,1%) do que nas regiões de Aracaju (5%) e Nossa senhora de Socorro (4,4%). A região de Glória (34,3%) apresentou menor prevalência para a escolaridade de 4 a 7 anos de estudo do que as regiões de Aracaju (61%) e Nossa Senhora de Socorro (65,5%) e com menor prevalência para a escolaridade de 1 a 3 anos de estudo (48,6%) do que as regiões de Aracaju (22,6%) e Nossa Senhora de Socorro (23,2%).

A região de Propriá apresentou menor prevalência de vítimas por arma de fogo (66,7%) do que as regiões de Aracaju (86,2%) e Itabaiana (89,7%). Quanto a agressão por objeto cortante ou penetrante, a região de Estância apresentou maior prevalência (23,9%) do que as regiões Aracaju (9,7%) e Nossa Senhora do Socorro (8,8%). Quanto as outras causas, a região de Propriá apresentou maior prevalência (17,8%) do que as regiões de Aracaju (4,1%), Estância (1,1%) e Itabaiana (0,9%).

Tabela 5.2.3. Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e Região de Saúde de Residência em Sergipe, 2007 a 2016.

	Região de Saúde Residência							p-valor
	AJU	EST	GLR	ITB	LGT	PPA	SCR	
Sexo								
Feminino	26 (5,3) ^a	11 (12) ^{ab}	8 (22,2) ^b	8 (6,9) ^{ab}	12 (12,4) ^{ab}	6 (13,3) ^{ab}	12 (5,6) ^a	0,001
Masculino	467 (94,7) ^a	81 (88) ^{ab}	28 (77,8) ^b	108 (93,1) ^{ab}	85 (87,6) ^{ab}	39 (86,7) ^{ab}	201 (94,4) ^a	
Raça/Cor								
Branca	24 (5) ^a	5 (5,5) ^{ab}	3 (9,1) ^{ab}	12 (10,8) ^{ab}	17 (18,1) ^b	3 (7,1) ^{ab}	9 (4,4) ^a	0,006
Preta	32 (6,6)	5 (5,5)	0 (0)	2 (1,8)	2 (2,1)	2 (4,8)	15 (7,3)	
Amarela	2 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Parda	424 (88)	81 (89)	30 (90,9)	96 (86,5)	75 (79,8)	37 (88,1)	181 (88,3)	
Indígena	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Estado Civil								
Solteiro	483 (99,8)	89 (98,9)	35 (100)	113 (99,1)	90 (100)	39 (100)	205 (100)	0,642
Casado	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	1 (0,9)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Separado	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Escolaridade								
Nenhuma	4 (0,8) ^a	3 (3,4) ^{ab,c}	3 (8,6) ^c	0 (0) ^{ab}	5 (5,6) ^{b,c}	2 (5,4) ^{ab,c}	3 (1,5) ^{ab,c}	0,001
De 1 a 3	108 (22,6) ^a	28 (31,5) ^{ab}	17 (48,6) ^b	34 (30,6) ^{ab}	24 (26,7) ^{ab}	14 (37,8) ^{ab}	47 (23,2) ^a	
De 4 a 7	291 (61) ^a	47 (52,8) ^{ab}	12 (34,3) ^b	67 (60,4) ^{ab}	49 (54,4) ^{ab}	19 (51,4) ^{ab}	133 (65,5) ^a	
De 8 a 11	73 (15,3)	11 (12,4)	3 (8,6)	10 (9)	12 (13,3)	2 (5,4)	20 (9,9)	
12 ou mais	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Turno da Ocorrência								
Manhã	107 (21,7)	15 (16,3)	10 (27,8)	24 (20,7)	12 (12,4)	11 (24,4)	48 (22,5)	0,113
Tarde	130 (26,4)	30 (32,6)	7 (19,4)	23 (19,8)	26 (26,8)	15 (33,3)	41 (19,2)	
Noite	256 (51,9)	47 (51,1)	19 (52,8)	69 (59,5)	59 (60,8)	19 (42,2)	124 (58,2)	
Causa Base								
X95	425 (86,2) ^a	69 (75) ^{ab}	28 (77,8) ^{ab}	104 (89,7) ^a	81 (83,5) ^{ab}	30 (66,7) ^b	182 (85,4) ^{ab}	<0,001
X99	48 (9,7) ^a	22 (23,9) ^b	4 (11,1) ^{ab}	11 (9,5) ^{ab}	8 (8,2) ^{ab}	7 (15,6) ^{ab}	19 (8,9) ^a	
Outros	20 (4,1) ^a	1 (1,1) ^a	4 (11,1) ^{ab}	1 (0,9) ^a	8 (8,2) ^{ab}	8 (17,8) ^b	12 (5,6) ^{ab}	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson; ^{a,b} Subgrupos distintos para o teste Z para proporções com correção de Bonferroni; AJU – Aracaju; EST – Estância; GLR – Nossa Senhora da Glória; ITB – Itabaiana; LGT – Lagarto; PPA – Propriá; SCR – Nossa Senhora do Socorro; Separado – Separado Judicialmente/Divorciado; X95 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo; X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante.

As variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão no período de 2007 a 2016 no estado de Sergipe divididos por região de saúde da ocorrência estão representadas na tabela 5.2.4. Não foram observadas diferenças significativas quando associou-se região de saúde de ocorrência e sexo, estado civil e turno da ocorrência. Observou-se diferenças significativas quanto a raça/cor, escolaridade e causa base.

Evidencia-se que as crianças/adolescentes de raça/cor branca tiveram maior prevalência na região de Lagarto (16,5%) do que na região de Aracaju (6,1%); quanto aos que a escolaridade era nenhuma, as regiões de ocorrência de Aracaju (0,9%) e Itabaiana (0,0%) eram diferentes da região de Glória, além da região de Lagarto (6%) ser diferente da região de Aracaju; quanto aqueles com 4 a 7 anos de estudo, há diferença entre as regiões de Aracaju (62,5%) e Glória (33,3%); quanto a causa base arma de fogo (X95) observou-se diferenças entre as regiões de ocorrência de Propriá (69,8%) e Itabaiana (90,5%).

Quanto a causa base por meio de objeto cortante ou penetrante, as regiões de ocorrência de Aracaju (9,8%) e Estância (21,1%) diferiram; quanto a outras causas base observou-se que as regiões de Glória (11,1%) e Propriá (16,3%) diferem de Itabaiana (0,0%) e Aracaju (5%) e Estância (1,1%) diferem de Propriá (16,3%).

Tabela 5.2.4. Variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão e Região de Saúde de Ocorrência em Sergipe, 2007 a 2016.

	Região de Saúde Ocorrência							p-valor
	AJU	EST	GLR	ITB	LGT	PPA	SCR	
Sexo								
Feminino	37 (6,4)	11 (12,2)	5 (18,5)	6 (5,7)	8 (14,0)	6 (14,0)	10 (6,3)	0,057
Masculino	542 (93,6)	79 (87,8)	22 (81,5)	99 (94,3)	80 (90,8)	37 (86,0)	150 (93,8)	
Raça/Cor								
Branca	34 (6,1) ^a	3 (3,4) ^{a,b}	2 (7,7) ^{a,b}	10 (9,9) ^{a,b}	14 (16,5) ^b	1 (2,5) ^{a,b}	9 (5,9) ^{a,b}	0,028
Preta	34 (6,1)	5 (5,6)	0 (0)	3 (3)	2 (2,4)	0 (0)	14 (9,2)	
Amarela	2 (0,4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Parda	493 (87,9)	81 (91)	24 (92,3)	88 (87,1)	69 (81,2)	39 (97,5)	130 (85)	
Indígena	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Estado Civil								
Solteiro	562 (99,8)	87 (98,9)	27 (100)	102 (99)	83 (100)	38 (100)	155 (100)	0,500
Casado	0 (0)	1 (1,1)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Separado	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Escolaridade								
Nenhuma	5 (0,9) ^a	3 (3,4) ^{a,b,c}	3 (11,1) ^c	0 (0) ^{a,b}	5 (6) ^{b,c}	2 (5,6) ^{a,b,c}	2 (1,3) ^{a,b,c}	0,038
De 1 a 3	128 (23,1)	26 (29,9)	12 (44,4)	31 (31)	23 (27,7)	15 (41,7)	37 (24)	
De 4 a 7	347 (62,5) ^a	47 (54) ^{a,b}	9 (33,3) ^b	61 (61) ^{a,b}	44 (53) ^{a,b}	15 (41,7) ^{a,b}	95 (61,7) ^{a,b}	
De 8 a 11	74 (13,3)	11 (12,6)	3 (11,1)	8 (8)	11 (13,3)	4 (11,1)	20 (13)	
12 ou mais	1 (0,2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Turno da Ocorrência								
Manhã	126 (21,8)	17 (18,9)	6 (22,2)	23 (21,9)	11 (12,5)	9 (20,9)	35 (21,9)	0,290
Tarde	145 (25)	27 (30)	7 (25,9)	21 (20)	22 (25)	17 (39,5)	33 (20,6)	
Noite	308 (53,2)	46 (51,1)	14 (51,9)	61 (58,1)	55 (62,5)	17 (39,5)	92 (57,5)	
Causa Base								
X95	493 (85,1) ^{a,b}	70 (77,8) ^{a,b}	20 (74,1) ^{a,b}	95 (90,5) ^b	76 (86,4) ^{a,b}	30 (69,8) ^a	135 (84,4) ^{a,b}	0,001
X99	57 (9,8) ^a	19 (21,1) ^b	4 (14,8) ^{a,b}	10 (9,5) ^{a,b}	6 (6,8) ^{a,b}	6 (14) ^{a,b}	17 (10,6) ^{a,b}	
Outros	29 (5) ^{a,b}	1 (1,1) ^{a,b}	3 (11,1) ^{b,c}	0 (0) ^a	6 (6,8) ^{a,b,c}	7 (16,3) ^c	8 (5) ^{a,b,c}	

Legenda: N – Frequência absoluta; % – Frequência relativa percentual; Teste Qui-Quadrado de Pearson; ^{a,b,c} Subgrupos distintos para o teste Z para proporções com correção de Bonferroni; AJU – Aracaju; EST – Estância; GLR – Nossa Senhora da Glória; ITB – Itabaiana; LGT – Lagarto; PPA – Propriá; SCR – Nossa Senhora do Socorro; Separado – Separado Judicialmente/Divorciado; X95 – Agressão por meio de disparo de arma de fogo; X99 – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante.

Para uma melhor interpretação do perfil das crianças e adolescentes vítimas de agressão, foi construído um mapa perceptual estimado por meio de análise de correspondência múltipla apresentado na figura 5.2.1. Assim, pode-se observar proximidade entre as categorias e associação entre residência nas regiões de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, com idade entre 17-18 anos, do sexo masculino, de cor parda assassinados por arma de fogo.

Outras importantes associações podem ser observadas entre a região de Itabaiana e a faixa etária de 15-17 anos, Lagarto e Glória com a cor/raça branca, além de Estância com agressões por meio de objeto cortante ou penetrante.

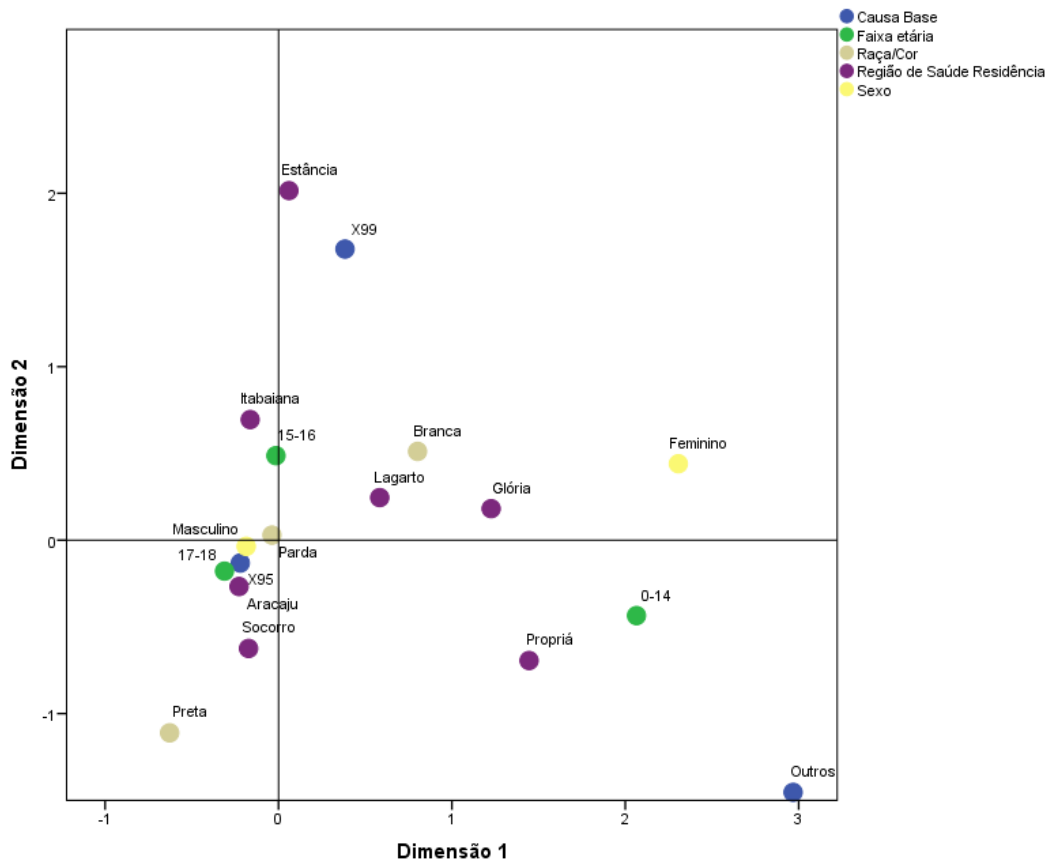


Figura 5.2.1. Mapa perceptual estimado por Análise de Correspondência Múltipla para Causa-Base, Faixa-Etária, Raça/Cor, Região de Saúde de Residência e Sexo, 2007 a 2016.

Para visualizar o perfil das crianças e adolescentes na comparação com a região de ocorrência, foi construído um mapa perceptual estimado por meio de análise de correspondência múltipla para causa-base, escolaridade, raça/cor e região de saúde de ocorrência, apresentado na figura 5.2.2. Assim, pode-se observar proximidade entre as categorias e associação entre ocorrência nas regiões de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, de cor/raça parda, assassinadas por arma de fogo e com escolaridade entre 4 a 11 anos de estudo. Outra importante associação podem ser observadas entre a região de Estância e agressão por meio de objeto cortante ou penetrante.

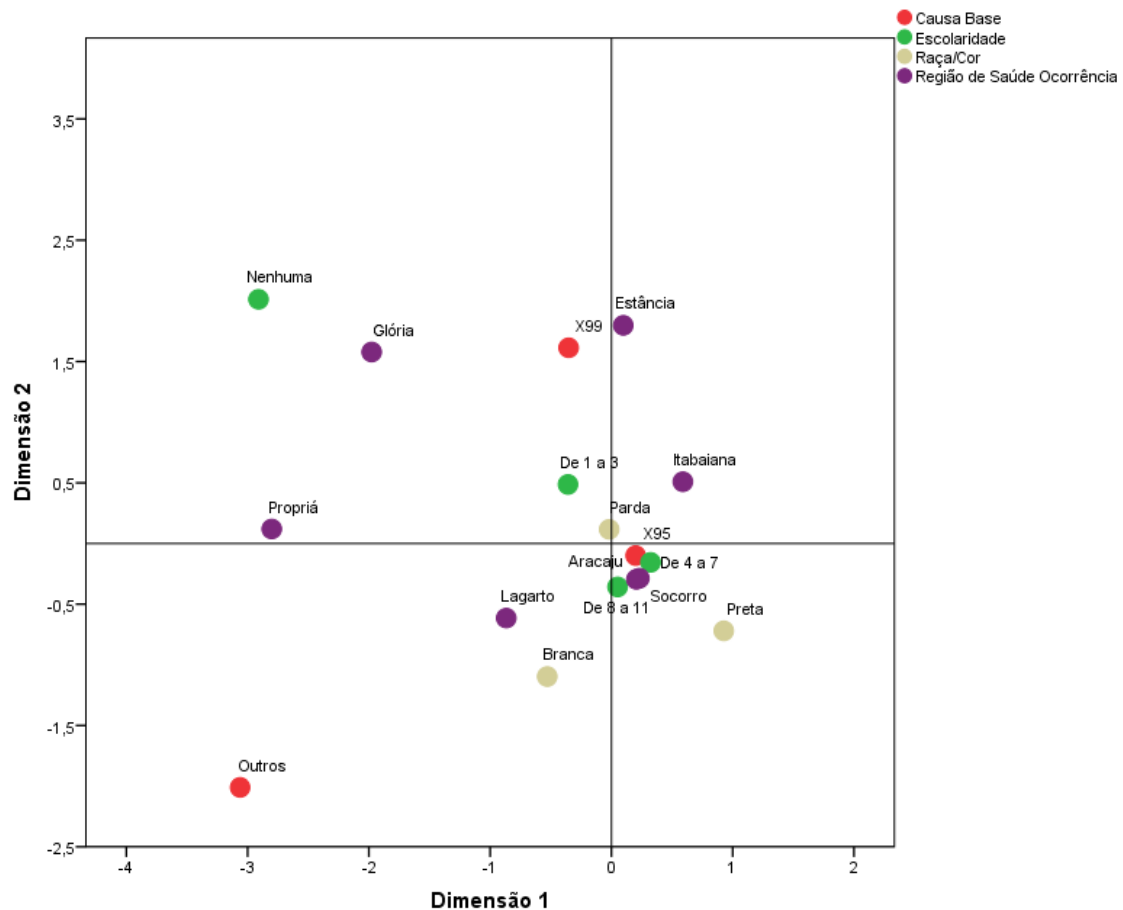


Figura 5.2.2. Mapa perceptual estimado por Análise de Correspondência Múltipla para Causa-Base, Escolaridade, Raça/Cor e Região de Saúde de Ocorrência, 2007 a 2016.

DISCUSSÃO

Observou-se nesse estudo dentre as variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes no período analisado que a faixa etária entre 17-18 anos compreendeu a maioria das ocorrências, predominando o sexo masculino, estado civil solteiro, com 4 a 7 anos de estudo, onde as agressões ocorreram à noite por arma de fogo na região de saúde Itabaiana. Esses dados corroboram com estudo realizado em Manaus por Orellana et al. (2017) que evidenciaram a influência do estado civil dos indivíduos no cenário avaliado, onde as chances de homicídios foram maior em solteiros quando comparado com os casados, assim como, aumento das agressões em jovens com pouca escolaridade.

Ainda, Cunningham et al. (2015) revelaram que no setor de trauma pediátrico em hospital de Michigan-EUA, as lesões relacionadas a agressão entre adolescentes é uma das principais causas de morbimortalidade por violência, como também, o risco de lesões

relacionadas à agressão, o homicídio tem sido a principal causa de morte entre adolescentes e jovens do sexo masculino.

Ao analisar faixa etária e sexo, raça/cor e causa base, foi possível identificar associação estatística significativa entre as variáveis estudadas, com a maioria das ocorrências por agressões por meio de arma de fogo que acometeram adolescentes entre 15 e 18 anos. Contudo, autores identificaram que o perfil do jovem vítima de homicídio, é do sexo masculino e que Sergipe segue com a taxa mais elevada 280,6 por um grupo de 100 mil habitantes (CERQUEIRA et al., 2018).

As taxas de homicídio dos EUA foram 7 vezes mais altas do que em outros países de alta renda, impulsionadas por uma taxa de homicídios por arma de fogo que foi 25,2 vezes maior. Para os jovens de 15 a 24 anos, a taxa de homicídios por armas de fogo foi 49,0 vezes maior (GRINSHTEYN; HEMENWAY, 2015).

A taxa anual de morte por arma de fogo para meninos foi 4,5 vezes maior que a taxa anual para meninas, em estudo realizado entre 2012-2014, essa diferença foi ainda mais pronunciada pela idade, com a taxa de meninos de 13 a 17 anos sendo 6 vezes mais alta do que a taxa para meninas de mesma idade (FOWLER et al., 2017). Estudo realizado por Camargo et al. (2018) relevou que a maior parte das vítimas por arma de fogo foram os homens, com idade do óbito em média de 30 anos, com potencial de vida perdida entre variação percentual positiva, e evolução temporal dos óbitos.

Entre 1980 e 2016 cerca de 910 mil pessoas foram mortas por perfuração de arma de fogo no país, um aumento de proporção crescente aconteceu desde meados de 1980, para tanto, em 2003 foi sancionado o Estatuto do Desarmamento, a proporção de homicídios com o uso de armas de fogo que crescia ininterruptamente de 40% a 71,1%, ficando estável de 2003 a 2016 (CERQUEIRA et al., 2018).

A exposição dos homens a fatores de riscos individuais, como o consumo de álcool, fumo e outras drogas, além do uso de arma de fogo e maior inserção no mercado informal. Em um estudo realizado por Minayo (1997), sobre a exposição a riscos e vulnerabilidade social dessa população, foi observado como fator relevante o predomínio do sexo masculino nas principais ocorrências por mortes violentas no Brasil, sendo o facilitador dessas ocorrências o aumento de trabalho, principalmente em atividades ilícitas. As autoridades sergipanas acreditam haver relação entre os homicídios de todas as idades e uso/tráfico de drogas em vários municípios (FONSECA et al., 2014). Matos e Martins (2012) discutem ainda que, a população de jovens do sexo masculino está mais susceptível às causas externas de mortalidade, devido à imaturidade, espírito de aventura, excesso de coragem e uso de álcool e drogas.

Estudo realizado por Camargo et al. (2018) aponta que dentre os diferentes fatores que contribuíram para as vítimas de óbito por agressão estão o desemprego e a segurança pública. Embora autores indicam que as altas taxas de homicídios e suicídios por arma de fogo aumentaram em países de alta renda, enquanto as taxas de mortes por arma de fogo diminuíram em outros países (GRINSHTEYN; HEMENWAY, 2015).

A análise das variáveis por região de saúde de residência, apresentou associações entre região de saúde de residência, sexo, raça/cor, escolaridade e causa base. A região de Glória teve maior índice das ocorrências no sexo feminino, a cor/raça branca sobressaiu nas ocorrências da região de Lagarto, com menor escolaridade na região de Glória apresentou menor tempo de escolaridade nas duas variáveis: de 4 a 7 anos e de 1 a 3 anos de estudo. Existe uma relação com o grau de escolaridade e a violência evidenciado neste estudo, corroborando com estudo de Orellana et al. (2017) que revelam que entre as vítimas com maior nível de escolaridade, a probabilidade predita de homicídio é bem inferior aqueles com menor nível de escolaridade, que sobretudo, estão mais expostas.

Quando analisada a violência letal contra adolescentes, acentua-se uma situação mais grave, os homicídios, correspondem a maioria da causa de óbito de homens entre 15 e 19 anos. Cerqueira et al. (2018) reforçam que, a juventude perdida trata-se de um problema de importância no caminho do desenvolvimento social do país e quem vem aumentando diariamente. Tal resultado, compreende a semelhança deste estudo, onde a maior vulnerabilidade foi identificada nos homens, esses agravos podem estar atrelados, em sua maioria a um processo cultural que inicia-se na infância, quando há maior liberdade aos meninos, enquanto para as meninas há uma maior vigilância.

Ao identificar a causa base das agressões, a região de Itabaiana apresentou maior prevalência das ocorrências por arma de fogo, seguido das regiões de Aracaju e Propriá. Lesões por arma de fogo é um importante problema de saúde pública, contribuindo substancialmente para a morte prematura e incapacidade das crianças. Entender sua natureza e impacto é um primeiro passo em direção à prevenção. As lesões por arma de fogo estão entre as mais altas taxas de fatalidade (FOWLER et al., 2017). Fiscalizar e controlar o uso da arma de fogo é inevitável, pois em situações de crescimento da violência letal contra crianças e adolescentes na última década, a associação concomitante, é evidenciada pelo crescimento de vítimas por arma de fogo.

O perfil das variáveis sociodemográficas das crianças e adolescentes vítimas de agressão, verificado nas regiões de residência e de ocorrência, aponta associação significativa entre raça/cor, escolaridade, sexo e causa/base, o que coincide com outros estudos em que a mortalidade por causas externas, de adolescentes, são decorrentes de agressão por arma de fogo, acomete jovens do sexo masculino e com menor grau de

instrução. Um dos fatores dos acontecimentos provavelmente é o envolvimento dos jovens em atividades ilegais como o tráfico, uso de drogas ilícitas e acesso facilitado a arma de fogo. Para tanto Matos e Martins (2012) descreve que, as causas externas de mortalidade no país foram os primeiros motivos de óbito em grandes números, compreendendo a faixa etária entre 0 e 24 anos, apresentando como principal fator que favorece a susceptibilidade dos acontecimentos, o processo desestruturado de urbanização, o aumento da desigualdade social e a exclusão da população de baixa renda, eventos que contribuem para o aumento da violência urbana.

A comparação entre as categorias e associação entre residência e ocorrência nas regiões de saúde por agressão mostrou-se expressiva entre as regiões de Aracaju e Nossa Senhora do Socorro, cor/raça parda e vítimas de disparo por arma de fogo. Ocorrência apontada por estudo realizado em 2012, que expõe sobre a violência contra crianças e adolescentes em jornais de Sergipe, dentre 698 fatos noticiados, 46% das notícias referiam-se a região metropolitana de Aracaju, seguida dos municípios de Nossa Senhora do Socorro e Itabaiana (ANSELMO, 2014).

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou que a agressão destacou-se em termos de magnitude e prevalência de ocorrência dos casos de óbitos que aconteceram a noite por arma de fogo, tendo como vítima importante o adolescente, solteiro e com menos de 7 anos de estudo.

Tendo em face a violência como destaque no mundo, estudos contemporâneos reconhecem que este é um problema mundial, multifatorial, em ascendência, embora com diversas intensidades e causas conforme a área geográfica, comentando todas as classes sociais e culturais, conquanto a literatura científica retrata e evidencia a temática com a realidade da magnitude do problema, visto que, as causas externas de mortalidade podem ser previsíveis e preveníveis.

A violência no Brasil se configura em um problema de saúde pública de grande proporção e transcendência social e cultural, que tem provocado grande impacto de relevância pública devido a causas externas de morbimortalidade. As estatísticas de mortalidade são muito úteis como fonte de informação para avaliar as condições de saúde da população, contudo, analisando esses dados é possível refletir que a estruturação familiar e a gestão pública possivelmente contribuem com a evolução dessa violência.

O impacto econômico da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes no estado, pode ser medido diretamente através da vitimização por causas externas dos adolescentes com resultados estatísticos significativos, principalmente para a mortalidade

por agressão. É imprescindível a execução de estratégias e ações em defesa da criança e do adolescente, expressadas por políticas públicas e fortalecimento da rede de atenção a proteção e cuidado.

Tomando como base o número de óbitos classificados pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como eventos que envolvem agressões e óbitos provocados por intervenção legal, torna-se imprescindível investir numa disposição institucional que habilite o estado e lhe garanta os instrumentos de governo para que se possa efetivamente implementar políticas que nos levem a um estado com mais paz no futuro.

Este trabalho poderá contribuir com futuros estudos e desenvolvimento de pesquisas acerca do tema abordado, visando estabelecer o impacto causado na sociedade, identificando a agressão como um problema de saúde pública. Além disso, poderá contribuir para o estado e municípios da pesquisa, numa perspectiva de fortalecer e implementar estratégias de prevenção, acolhimento e intervenção indispensáveis para minimizar o problema.

REFERÊNCIAS

ANSELMO, R. **Lentes de Papel: Ensaio sobre as notícias de violência contra crianças e adolescentes em Sergipe no ano de 2012**. Instituto Braços – Centro de Defesa dos Direitos Humanos em Sergipe, Aracaju, 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2015. Acesso em 05 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. **Estatísticas de mortalidade: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil**. Brasília, DF, 2010.

CAMARGO, F. C.; GARCIA, L. A. A.; IWAMOTO, H. H.; CASTRO, S. S. SOUZA, R. M. PEREIRA, G. A. Evolução Temporal dos Anos Potenciais de Vida Perdidos em Óbitos por Agressão. **Rev Enferm Atenção Saúde** [Online]. Ago/Set 2018; 7(2): 68-82.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO, D.; ALVES, P. P.; PINHEIRO, M.; ASTOLFI, R.; MARQUES, D. **Atlas da violência**. Brasília/DF: Ipea, 2018.

CUNNINGHAM, R. M.; CARTER, P. M.; RANNEY, M.; ZIMMERMAN, M. A. BLOW, F. C.; BOOTH, B. M.; GOLDSTICK, J.; WALTON, M. A. Violent Reinjury and Mortality Among Youth Seeking Emergency Department Care for Assault-Related Injury A 2-Year Prospective Cohort Study. **JAMA Pediatr**. 2015;169(1): 63-70.

FONSECA, V.; SILVA, P.S.; MARQUES, V.T.; FERRO, S.R.O.P.B.; OLIVEIRA, S. R. M.; ANDRADE, M. B.; OLIVEIRA, S. B. **Ambiente e violência em Sergipe: mapeamento dos**

homicídios nos municípios sergipanos ocorridos no período 2006 a 2012. In: Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação do Estado de Sergipe. (Org). Pesquisa em Políticas Públicas no Estado de Sergipe. Aracaju, 2014, v. 1 pp. 3003-322.

FOWLER, K. A.; DAHLBERG, L. L.; HAILEYESUS, T.; GUTIERREZ, C.; BACON, S.. Childhood Firearm Injuries in the United States. **PEDIATRICS**. July, 2017. 1-13.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents**, Nova Iorque, 2017.

GRINSHTEYN, E.; HEMENWAY, D. Violent death rates: the US compared with other high-income OECD countries, 2010. **Am J Med**, 2016;129(3): 266-273.

GRINSHTEYN, E.; HEMENWAY, D. Violent Death Rates: The US Compared with Other High-income OECD Countries, 2010. **Elsevier**. The American Journal of Medicine, 2015.

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. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2012; 21(1): 43-53.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018; 23(6): 2007-2016.

MINAYO, M.C.S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online], 2001, v. 1, n. 2, pp. 91-102.

MINAYO, M.C.S. **Violência, direitos humanos e saúde**. In: CANESQUI, A. M. (Org.) Ciências Sociais e Saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1997.

ORELLANA, J. D. Y.; CUNHA, G. M.; BRITO, B. C. S.; HORTA, B. L. Fatores associados ao homicídio em Manaus, Amazonas, 2014. **Epidemiol. Serv. Saude**, 2017. Brasília, 26(4): 735-746.

6 CONCLUSÃO

A agressão foi evidenciada neste estudo entre os tipos de mortalidade por causas externas, destacando-se os adolescentes entre 15-19 anos, do sexo masculino, solteiros, cor/raça parda, com 4 a 7 anos de estudo, vítimas de violência por arma de fogo na região de saúde Aracaju, onde as ocorrências se deram no período noturno. A violência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde pública, com consequências de magnitude sociais e culturais. É um fator multicausal que está associada a diversas condições que necessitam de maior atenção.

Este estudo tem o intuito de fomentar o desenvolvimento de outros que compreendem a mortalidade por agressão de crianças e adolescentes e a partir daí desenvolver estratégias sustentadas para redução das taxas de mortalidade. Ainda assim, poderá colaborar com os gestores das esferas públicas na identificação de determinantes, fatores e consequências que levam a óbitos de crianças e adolescentes por agressão e assim conhecer o seu perfil epidemiológico para desenvolver ações sociais de continuidade na comunidade.

Em expressão as evidências retratadas nesta pesquisa, se o panorama publicado sobre a mortalidade por agressão praticada contra crianças e adolescentes não for revertido com brevidade, as expectativas futuras são preocupantes, em virtude das variantes formas de violência que tornam vítima ampla parcela da sociedade sergipana.

No conjunto das causas externas a agressão destaca-se em termos de magnitude e de prevalência de ocorrência dos casos, o adolescente apresenta-se como vítima importante, fato evidenciado não apenas por dano social, mas por perdas na população economicamente ativa.

REFERÊNCIAS

ANSELMO, R. **Lentes de Papel: Ensaio sobre as notícias de violência contra crianças e adolescentes em Sergipe no ano de 2012**. Instituto Braços – Centro de Defesa dos Direitos Humanos em Sergipe, Aracaju, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente/Ministério da Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE/CENSUS. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Censo Demográfico, 2010**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde. **Estatísticas de mortalidade: óbitos por ocorrência segundo causas externas do Brasil**. Brasília, DF, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, out-dez 2012. 21(4): 529-532.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informações de Mortalidade. **Mortes por acidentes e violência**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Tecnologia da informação a serviço do SUS - (DATASUS). **Mortalidade por causas externas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**. Brasília, 2016.

CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S.; NEME, C.; FERREIRA, H.; COELHO, D.; ALVES, P. P.; PINHEIRO, M.; ASTOLFI, R.; MARQUES, D. **Atlas da violência**. Brasília/DF: Ipea, 2018.

CUNNINGHAM, R. M.; CARTER, P. M.; RANNEY, M.; ZIMMERMAN, M. A. BLOW, F. C.; BOOTH, B. M.; GOLDSTICK, J.; WALTON, M. A. Violent Reinjury and Mortality Among Youth Seeking Emergency Department Care for Assault-Related Injury A 2-Year Prospective Cohort Study. **JAMA Pediatr**. 2015;169(1): 63-70.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2006; 11(Suppl): 1163-1178.

DANIEL, V. M.; MACADAR, M. A.; PEREIRA, G. V. O sistema de informação sobre mortalidade e seu apoio à gestão e o planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Gest. Sist. Saúde – RGSS**, 2013; 2(2): 148-173.

FOWLER, K. A.; DAHLBERG, L. L.; HAILEYESUS, T.; GUTIERREZ, C.; BACON, S.. Childhood Firearm Injuries in the United States. **PEDIATRICS**. July, 2017. 1-13.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Declaração Universal dos Direitos da Criança**. Fortaleza-CE, 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Documento do Programa de Cooperação do UNICEF com o Brasil para o período de 2017-2021**. Brasil, 2016.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, 2004; 20(4): 995-1003.

GRINSHTEYN, E.; HEMENWAY, D. Violent death rates: the US compared with other high-income OECD countries, 2010. **Am J Med**, 2016;129(3):266-273.

HERBERT, A.; GONZÁLEZ-IZQUIERDO, A.; MCGHEE, J.; LI, L.; GILBERT, R. Time-trends in rates of hospital admission of adolescents for violent, self-inflicted or drug/alcohol-related injury in England and Scotland, 2005-11: population-based analysis. **J Public Health (Oxf)**. 2017; 39(1): 65-73.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da Criança e do Adolescente: doutrina e jurisprudência-comentários: Valter Kenji Ishida**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2003. 491 p.

KAHN, T. Crescimento econômico e criminalidade: uma interpretação da queda dos crimes no Sudeste e aumento no Norte/Nordeste. **Rev Bras Seg Púb**, 2013; 7(1): 152-164.

LISBOA, L. et al. Mortalidade infantil: principais causas evitáveis na região Centro de Minas Gerais, 1999-201. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2015; 24(4): 711-720.

MARTINS, C. B. G; JORGE, M. H. P. M. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. **Rev Bras Epidemiologia**, 2013;16(2): 454-468.

MASCARENHAS, M. D. M.; BARROS, M. B. A. Evolução das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde – Brasil, 2002 a 2011. **Revista Epidemiologia Serviço e Saúde**, 2015; 24(1): 19-29.

MINAYO, M. C. S. **Violência: um problema para a saúde dos brasileiros**. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005; 9-33.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PIATT JUNIOR, J. H. Pediatric spinal injury in the US: epidemiology and disparities. **J Neurosurg Pediatr**, 2015; 16: 463-471.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. -7. Ed. – Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Caderno de violência doméstica e sexual contra crianças e adolescentes. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS**. São Paulo: SMS, 2007.

SCHAEFER, R. et al. Políticas de Saúde de adolescentes e jovens no contexto luso-brasileiro: especificidades e aproximações. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018; 23(9): 2849-2858.

SCHEK, G. et al. Os profissionais e a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre os preceitos legais e conceptuais. **Rev Esc Enferm USP**, 2016; 50(5): 780-785.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação nº 056/2012**. Ratifica a divisão das Regiões de Saúde e os Colegiados Interfederativos Regionais de Sergipe. Aracaju, 2012.

SIDEBOTHAM, P.; FRASER, J.; FLEMING, P.; PLATT, M. W.; HAIN, R. Patterns of child death in England and Wales. **The Lancet**, 2014; 384: 904-914.

SIDEBOTHAM, P.; FRASER, J.; COVINGTON, T.; FREEMANTLE, J.; PETROU, S.; JACOB, R. P.; CUTLER, T.; ELLIS, C. Understanding why children die in high-income countries. **The Lancet**, 2014; 384: 915-927.

SILVA, B. R. V. S. et al. Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2018; 23(9): 2909-2916.

VASCONCELOS, A. K. B.; SILVA, M. A. A. Caracterização dos atendimentos a crianças e adolescentes na perícia forense do Ceará. **Revista Sanare**, 2011; 10(2): 40-49.

VELOSO, M. M. X. et al. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2013; 18(5): 1263-1272.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012. Crianças e Adolescentes do Brasil**. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Rio de Janeiro, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil**. Instituto Sangari. São Paulo, 2012.

WASELFISZ, J. J. **Violência Letal Contra As Crianças e Adolescentes do Brasil**. Relatório de pesquisa – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Brasil, 2015.

WASELFISZ, J. J. **Violência Letal Contra As Crianças e Adolescentes do Brasil**. Relatório de pesquisa – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), Brasil, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health. **Health for the World's Adolescents**. A second chance in the second decade, 2014.

APÊNDICE A - SUBMISSÃO DE ARTIGO ORIGINAL

Artigo para submissão



Fernanda Kelly Fraga Oliveira

Ter 06/11/2018, 18:55

contato@temasensaude.com



2 anexos (721 KB) [Baixar tudo](#) [Salvar tudo no OneDrive](#)

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Agressão como causa externa de óbitos em crianças e adolescentes no estado de Sergipe

Pesquisador: FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 70648317.2.0000.5371

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO TIRADENTES S/S LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.435.980

Apresentação do Projeto:

Denomina-se causas externas os acidentes e a violência, sejam por causas acidentais ou intencionais. A Organização Pan-Americana de Saúde configura as causas externas como um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo. O Relatório de Violência Letal contra as crianças e adolescentes do Brasil, elaborado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), revela que quase 29 crianças e adolescentes foram assassinadas por dia no Brasil em 2013, sendo Sergipe classificado como o terceiro estado com maior índice de morte por violência do Nordeste e em segundo lugar por morte em crianças e adolescentes. O objetivo desse estudo é estabelecer o perfil da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe no período de 2007 a 2016. Trata-se de um estudo transversal, de caráter exploratório e descritivo

com abordagem quantitativa, realizada por meio de coleta de dados e ocorrerá nos 75 municípios do Estado de Sergipe, possuindo como população específica crianças e adolescentes de 0 a 18 anos incompletos, vítimas de mortalidade por agressão. Os dados serão obtidos a partir do banco de dados do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e no Sistema de Informação sobre

Mortalidade. Assim, faz-se necessário identificar como os aspectos socioeconômicos, psicossociais e familiares influenciam no índice de mortalidade por agressão e quais são mais prevalentes e os pretextos que influenciam a mortalidade. Espera-se ainda, que este trabalho

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.435.980

contribua para o estado e municípios em pesquisa, visto que, os dados serão coletados na base de dados do SUS, onde será identificado causas e fatores relacionados ao meio social e familiar, sendo esta, um fator predisponente a acontecimentos no convívio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estabelecer o perfil da mortalidade por agressão em crianças e adolescentes no estado de Sergipe no período de 2007 a 2016.

Objetivo Secundário:

Investigar o perfil sociodemográfico da população de crianças e adolescentes mortas por agressão;

Identificar as causas predominantes de mortalidade por agressão segundo as faixas etárias de crianças e adolescentes;

Determinar a prevalência da morte por agressão de crianças e adolescentes por regiões de saúde no estado de Sergipe;

Evidenciar a predição de ocorrências de mortalidade por agressão nas regiões de saúde no estado de Sergipe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa envolve riscos mínimos, na qual os sujeitos envolvidos terão sigilo assegurado pela pesquisadora e não passarão por nenhum tipo de constrangimento, já que esta pesquisa é anônima

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com grande relevância científica para a área da saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As documentações foram inseridas corretamente e encontram-se datadas e assinadas conforme as normas descritas na Resolução CNS n° 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações para este projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

PB: Plataforma Brasil; PD: Projeto detalhado; FR: folha de rosto.

O CEP informa que de acordo com a Resolução CNS n° 466/12, Diretrizes e normas XI. 1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais e XI. 2 - XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) apresentar o protocolo devidamente instruído ao

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.435.980

CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b) elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, quando necessário; c) desenvolver o projeto conforme delineado; d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_861076.pdf	09/10/2017 17:09:36		Aceito
Outros	Respostaparecer2.jpg	08/09/2017 12:22:15	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Outros	Respostaparecer1.pdf	08/09/2017 12:21:49	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Outros	DI001.pdf	08/09/2017 12:18:41	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Outros	DA001.pdf	08/09/2017 12:17:54	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Outros	OF001.pdf	08/09/2017 12:16:08	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DIE001.pdf	08/09/2017 12:15:16	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DP001.pdf	08/09/2017 12:14:46	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	PB006.pdf	08/09/2017 12:14:11	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Formulariomodificado.pdf	28/08/2017 14:06:38	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	30/05/2017 16:30:17	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	30/05/2017 16:21:56	FERNANDA KELLY FRAGA OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Campus Farolândia - Av. Murilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
 Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
 UF: SE Município: ARACAJU
 Telefone: (79)3218-2206 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

Continuação do Parecer: 2.435.980

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 13 de Dezembro de 2017

Assinado por:
ADRIANA KARLA DE LIMA
(Coordenador)

Endereço: Campus Farolândia - Av. Munilo Dantas, 300 - DPE - Bloco F - Térreo
Bairro: Bairro Farolândia CEP: 49.032-490
UF: SE Município: ARACAJU
Telefone: (79)3218-2208 Fax: (79)3218-2100 E-mail: cep@unit.br

ANEXO B - DESCRIÇÃO DE CÓDIGOS CID-10 POR AGRESSÕES (X85 - Y09)

Quadro 2. 10ª Edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

CID-10	Descrição
X85	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas
X85.0	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - residência
X85.1	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - habitação coletiva
X85.2	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X85.3	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - área para a prática de esportes e atletismo
X85.4	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - rua e estrada
X85.5	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - áreas de comércio e de serviços
X85.6	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - áreas industriais e em construção
X85.7	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - fazenda
X85.8	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - outros locais especificados
X85.9	Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas - local não especificado
X86	Agressão por meio de substâncias corrosivas
X86.0	Agressão por meio de substâncias corrosivas - residência
X86.1	Agressão por meio de substâncias corrosivas - habitação coletiva
X86.2	Agressão por meio de substâncias corrosivas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X86.3	Agressão por meio de substâncias corrosivas - área para a prática de esportes e atletismo
X86.4	Agressão por meio de substâncias corrosivas - rua e estrada
X86.5	Agressão por meio de substâncias corrosivas - áreas de comércio e de serviços
X86.6	Agressão por meio de substâncias corrosivas - áreas industriais e em construção
X86.7	Agressão por meio de substâncias corrosivas - fazenda
X86.8	Agressão por meio de substâncias corrosivas - outros locais especificados
X86.9	Agressão por meio de substâncias corrosivas - local não especificado
X87	Agressão por pesticidas
X87.0	Agressão por pesticidas - residência

X87.1	Agressão por pesticidas - habitação coletiva
X87.2	Agressão por pesticidas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X87.3	Agressão por pesticidas - área para a prática de esportes e atletismo
X87.4	Agressão por pesticidas - rua e estrada
X87.5	Agressão por pesticidas - áreas de comércio e de serviços
X87.6	Agressão por pesticidas - áreas industriais e em construção
X87.7	Agressão por pesticidas - fazenda
X87.8	Agressão por pesticidas - outros locais especificados
X87.9	Agressão por pesticidas - local não especificado
X88	Agressão por meio de gases e vapores
X88.0	Agressão por meio de gases e vapores - residência
X88.1	Agressão por meio de gases e vapores - habitação coletiva
X88.2	Agressão por meio de gases e vapores - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X88.3	Agressão por meio de gases e vapores - área para a prática de esportes e atletismo
X88.4	Agressão por meio de gases e vapores - rua e estrada
X88.5	Agressão por meio de gases e vapores - áreas de comércio e de serviços
X88.6	Agressão por meio de gases e vapores - áreas industriais e em construção
X88.7	Agressão por meio de gases e vapores - fazenda
X88.8	Agressão por meio de gases e vapores - outros locais especificados
X88.9	Agressão por meio de gases e vapores - local não especificado
X89	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados
X89.0	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - residência
X89.1	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - habitação coletiva
X89.2	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X89.3	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - área para a prática de esportes e atletismo
X89.4	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - rua e estrada
X89.5	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - áreas de comércio e de serviços
X89.6	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - áreas industriais e em construção
X89.7	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - fazenda

X89.8	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - outros locais especificados
X89.9	Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados - local não especificado
X90	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados
X90.0	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - residência
X90.1	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - habitação coletiva
X90.2	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X90.3	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - área para a prática de esportes e atletismo
X90.4	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - rua e estrada
X90.5	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - áreas de comércio e de serviços
X90.6	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - áreas industriais e em construção
X90.7	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - fazenda
X90.8	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - outros locais especificados
X90.9	Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados - local não especificado
X91	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação
X91.0	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - residência
X91.1	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - habitação coletiva
X91.2	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X91.3	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - área para a prática de esportes e atletismo
X91.4	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - rua e estrada
X91.5	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - áreas de comércio e de serviços
X91.6	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - áreas industriais e em construção
X91.7	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - fazenda
X91.8	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - outros locais especificados
X91.9	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação - local não especificado
X92	Agressão por meio de afogamento e submersão
X92.0	Agressão por meio de afogamento e submersão - residência
X92.1	Agressão por meio de afogamento e submersão - habitação coletiva

X92.2	Agressão por meio de afogamento e submersão - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X92.3	Agressão por meio de afogamento e submersão - área para a prática de esportes e atletismo
X92.4	Agressão por meio de afogamento e submersão - rua e estrada
X92.5	Agressão por meio de afogamento e submersão - áreas de comércio e de serviços
X92.6	Agressão por meio de afogamento e submersão - áreas industriais e em construção
X92.7	Agressão por meio de afogamento e submersão - fazenda
X92.8	Agressão por meio de afogamento e submersão - outros locais especificados
X92.9	Agressão por meio de afogamento e submersão - local não especificado
X93	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão
X93.0	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - residência
X93.1	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - habitação coletiva
X93.2	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X93.3	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - área para a prática de esportes e atletismo
X93.4	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - rua e estrada
X93.5	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - áreas de comércio e de serviços
X93.6	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - áreas industriais e em construção
X93.7	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - fazenda
X93.8	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - outros locais especificados
X93.9	Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão - local não especificado
X94	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre
X94.0	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - residência
X94.1	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - habitação coletiva
X94.2	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X94.3	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - área para a prática de esportes e atletismo
X94.4	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - rua e estrada
X94.5	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - áreas de comércio e de serviços
X94.6	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - áreas industriais e em construção

X94.7	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - fazenda
X94.8	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - outros locais especificados
X94.9	Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre - local não especificado
X95	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada
X95.0	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - residência
X95.1	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - habitação coletiva
X95.2	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X95.3	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - área para a prática de esportes e atletismo
X95.4	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - rua e estrada
X95.5	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - áreas de comércio e de serviços
X95.6	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - áreas industriais e em construção
X95.7	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - fazenda
X95.8	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - outros locais especificados
X95.9	Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada - local não especificado
X96	Agressão por meio de material explosivo
X96.0	Agressão por meio de material explosivo - residência
X96.1	Agressão por meio de material explosivo - habitação coletiva
X96.2	Agressão por meio de material explosivo - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X96.3	Agressão por meio de material explosivo - área para a prática de esportes e atletismo
X96.4	Agressão por meio de material explosivo - rua e estrada
X96.5	Agressão por meio de material explosivo - áreas de comércio e de serviços
X96.6	Agressão por meio de material explosivo - áreas industriais e em construção
X96.7	Agressão por meio de material explosivo - fazenda
X96.8	Agressão por meio de material explosivo - outros locais especificados
X96.9	Agressão por meio de material explosivo - local não especificado
X97	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas
X97.0	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - residência
X97.1	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - habitação coletiva

X97.2	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X97.3	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - área para a prática de esportes e atletismo
X97.4	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - rua e estrada
X97.5	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - áreas de comércio e de serviços
X97.6	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - áreas industriais e em construção
X97.7	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - fazenda
X97.8	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - outros locais especificados
X97.9	Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas - local não especificado
X98	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes
X98.0	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - residência
X98.1	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - habitação coletiva
X98.2	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X98.3	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - área para a prática de esportes e atletismo
X98.4	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - rua e estrada
X98.5	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - áreas de comércio e de serviços
X98.6	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - áreas industriais e em construção
X98.7	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - fazenda
X98.8	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - outros locais especificados
X98.9	Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes - local não especificado
X99	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante
X99.0	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - residência
X99.1	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - habitação coletiva
X99.2	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
X99.3	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - área para a prática de esportes e atletismo
X99.4	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - rua e estrada
X99.5	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - áreas de comércio e de serviços
X99.6	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - áreas industriais e em construção
X99.7	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - fazenda

X99.8	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - outros locais especificados
X99.9	Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante - local não especificado
Y00	Agressão por meio de um objeto contundente
Y00.0	Agressão por meio de um objeto contundente - residência
Y00.1	Agressão por meio de um objeto contundente - habitação coletiva
Y00.2	Agressão por meio de um objeto contundente - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y00.3	Agressão por meio de um objeto contundente - área para a prática de esportes e atletismo
Y00.4	Agressão por meio de um objeto contundente - rua e estrada
Y00.5	Agressão por meio de um objeto contundente - áreas de comércio e de serviços
Y00.6	Agressão por meio de um objeto contundente - áreas industriais e em construção
Y00.7	Agressão por meio de um objeto contundente - fazenda
Y00.8	Agressão por meio de um objeto contundente - outros locais especificados
Y00.9	Agressão por meio de um objeto contundente - local não especificado
Y01	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado
Y01.0	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - residência
Y01.1	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - habitação coletiva
Y01.2	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y01.3	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - área para a prática de esportes e atletismo
Y01.4	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - rua e estrada
Y01.5	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - áreas de comércio e de serviços
Y01.6	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - áreas industriais e em construção
Y01.7	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - fazenda
Y01.8	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - outros locais especificados
Y01.9	Agressão por meio de projeção de um lugar elevado - local não especificado
Y02	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento
Y02.0	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - residência
Y02.1	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - habitação coletiva
Y02.2	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - escolas, outras instituições e áreas de administração pública

Y02.3	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - área para a prática de esportes e atletismo
Y02.4	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - rua e estrada
Y02.5	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - áreas de comércio e de serviços
Y02.6	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - áreas industriais e em construção
Y02.7	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - fazenda
Y02.8	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - outros locais especificados
Y02.9	Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento - local não especificado
Y03	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor
Y03.0	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - residência
Y03.1	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - habitação coletiva
Y03.2	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y03.3	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - área para a prática de esportes e atletismo
Y03.4	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - rua e estrada
Y03.5	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - áreas de comércio e de serviços
Y03.6	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - áreas industriais e em construção
Y03.7	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - fazenda
Y03.8	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - outros locais especificados
Y03.9	Agressão por meio de impacto de um veículo a motor - local não especificado
Y04	Agressão por meio de força corporal
Y04.0	Agressão por meio de força corporal - residência
Y04.1	Agressão por meio de força corporal - habitação coletiva
Y04.2	Agressão por meio de força corporal - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y04.3	Agressão por meio de força corporal - área para a prática de esportes e atletismo
Y04.4	Agressão por meio de força corporal - rua e estrada
Y04.5	Agressão por meio de força corporal - áreas de comércio e de serviços
Y04.6	Agressão por meio de força corporal - áreas industriais e em construção
Y04.7	Agressão por meio de força corporal - fazenda
Y04.8	Agressão por meio de força corporal - outros locais especificados
Y04.9	Agressão por meio de força corporal - local não especificado

Y05	Agressão sexual por meio de força física
Y05.0	Agressão sexual por meio de força física - residência
Y05.1	Agressão sexual por meio de força física - habitação coletiva
Y05.2	Agressão sexual por meio de força física - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y05.3	Agressão sexual por meio de força física - área para a prática de esportes e atletismo
Y05.4	Agressão sexual por meio de força física - rua e estrada
Y05.5	Agressão sexual por meio de força física - áreas de comércio e de serviços
Y05.6	Agressão sexual por meio de força física - áreas industriais e em construção
Y05.7	Agressão sexual por meio de força física - fazenda
Y05.8	Agressão sexual por meio de força física - outros locais especificados
Y05.9	Agressão sexual por meio de força física - local não especificado
Y06	Negligência e abandono
Y06.0	Negligência e abandono pelo esposo ou companheiro
Y06.1	Negligência e abandono pelos pais
Y06.2	Negligência e abandono por conhecido ou amigo
Y06.8	Negligência e abandono por outra pessoa especificada
Y06.9	Negligência e abandono por pessoa não especificada
Y07	Outras síndromes de maus tratos
Y07.0	Outras síndromes de maus tratos pelo esposo ou companheiro
Y07.1	Outras síndromes de maus tratos pelos pais
Y07.2	Outras síndromes de maus tratos por conhecido ou amigo
Y07.3	Outras síndromes de maus tratos por autoridades oficiais
Y07.8	Outras síndromes de maus tratos por outra pessoa especificada
Y07.9	Outras síndromes de maus tratos por pessoa não especificada
Y08	Agressão por outros meios especificados
Y08.0	Agressão por outros meios especificados - residência
Y08.1	Agressão por outros meios especificados - habitação coletiva
Y08.2	Agressão por outros meios especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y08.3	Agressão por outros meios especificados - área para a prática de esportes e atletismo
Y08.4	Agressão por outros meios especificados - rua e estrada
Y08.5	Agressão por outros meios especificados - áreas de comércio e de serviços

Y08.6	Agressão por outros meios especificados - áreas industriais e em construção
Y08.7	Agressão por outros meios especificados - fazenda
Y08.8	Agressão por outros meios especificados - outros locais especificados
Y08.9	Agressão por outros meios especificados - local não especificado
Y09	Agressão por meios não especificados
Y09.0	Agressão por meios não especificados - residência
Y09.1	Agressão por meios não especificados - habitação coletiva
Y09.2	Agressão por meios não especificados - escolas, outras instituições e áreas de administração pública
Y09.3	Agressão por meios não especificados - área para a prática de esportes e atletismo
Y09.4	Agressão por meios não especificados - rua e estrada
Y09.5	Agressão por meios não especificados - áreas de comércio e de serviços
Y09.6	Agressão por meios não especificados - áreas industriais e em construção
Y09.7	Agressão por meios não especificados - fazenda
Y09.8	Agressão por meios não especificados - outros locais especificados
Y09.9	Agressão por meios não especificados - local não especificado

ANEXO C - DESCRIÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR REGIÃO DE SAÚDE

Quadro 3. Regiões de saúde do estado de Sergipe, conforme deliberação nº 056/2012.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIOS
REGIÃO I ARACAJU	Aracaju; Barra dos Coqueiros; Divina Pastora; Itaporanga d'Ajuda; Laranjeiras; Riachuelo; Santa Rosa de Lima; São Cristovão
REGIÃO II ESTÂNCIA	Araúá; Boquim; Cristinápolis; Estância; Indiaroba; Itabaianinha; Pedrinhas; Santa Luzia do Itanhy; Tomar do Geru; Umbaúba
REGIÃO III LAGARTO	Lagarto; Poço Verde; Riachão do Dantas; Salgado; Simão Dias; Tobias Barreto
REGIÃO IV ITABAIANA	Areia Branca; Campo do Brito; Carira; Frei Paulo; Itabaiana; Macambira; Malhador; Moita Bonita; Pedra Mole; Pinhão; Ribeirópolis; São Domingos; São Miguel do Aleixo; Nossa Sra. Aparecida
REGIÃO V N. SRA. SOCORRO	Capela; Carmópolis; Cumbe; General Maynard; Japaratuba; Maruim; Nossa Sra. das Dores; Nossa Sra. Socorro; Pirambu; Rosário do Catete; Santo Amaro das Brotas; Siriri
REGIÃO VI N.SRA. GLÓRIA	Canindé de São Francisco; Feira Nova; Gararu; Gracho Cardoso; Itabi; Monte Alegre de Sergipe; Nossa Sra. da Glória; Poço Redondo; Porto da Folha
REGIÃO VII PROPRIÁ	Amparo do São Francisco; Aquidabã; Brejo Grande; Canhoba; Cedro de São João; Ilha das Flores; Japoatã; Malhada dos Bois; Neopolis; Pacatuba; Propriá; Santana do São Francisco; São Francisco; Telha; Nossa Sra. de Lourdes; Muribeca

Fonte: Colegiado Interfederativo Estadual de Sergipe, 2012.