

Desigualdades sociais e mortes violentas em crianças e adolescentes da cidade do Salvador

*Adriana Carneiro Macêdo**; *Jairnilson Silva Paim***
*Lígia Maria Vieira da Silva****; *Maria Conceição Nascimento Costa*****

Introdução

As mortes violentas constituem o grupo das causas externas que, na 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), correspondem às “causas não naturais” tais como acidentes de trânsito, violências auto e heteroinfligidas (suicídios, homicídios, intervenções legais), entre outras. Representando o segundo grupo de causas de mortalidade, esses óbitos vêm ocupando posição de destaque no perfil de morbi-mortalidade brasileiro, principalmente a partir da década de 80 (Mello-Jorge, 1997).

A mortalidade proporcional de 15%, para esse grupo de causas, coloca o Brasil em nível intermediário quando comparado aos países da América, embora apresentando tendência francamente crescente, em todos os grupos etários (Yunes & Rajs, 1994), mais especialmente entre os jovens, nos quais as doenças parasitárias e infecciosas foram substituídas pelas causas externas, a partir de 1960, delineando o que se passou a chamar de transição epidemiológica para a violência (Vermelho, 1994).

Para alguns autores (Souza, 1996; Assis, 1995), as crianças e os adolescentes têm sido submetidos não apenas à violência doméstica – entre as quais habitualmente se incluem as agressões físicas e o abuso sexual – como a outras formas de violência, dentre elas a saída de casa para as ruas, o uso de drogas, a prostituição infantil e juvenil, além dos homicídios e acidentes de transporte, que se constituem nas principais causas de morte desse grupo etário.

Essa mortalidade é motivo de grande preocupação, uma vez que resulta de causas evitáveis, em um segmento populacional fundamental para a renovação da espécie humana, em termos biológicos ou sociais (Lyra, 1996). No Brasil, cerca de 7 em cada 10 adolescentes morrem por causas violentas (Brasil, 2000). Nas últimas décadas, as causas externas têm sido as principais responsáveis pela mortalidade nessa faixa etária, com destaque para os óbitos em consequência de homicídios e acidentes de trânsito (Vermelho, 1994).

Entre crianças e adolescentes, a mortalidade atinge, com maior intensidade, o grupo de 15-19 anos e, especialmente, o sexo masculino, apesar de as diferenças entre os sexos tenderem a diminuir (Lyra, 1996). Em estudo realizado no Rio de Janeiro, referente ao período de 1981 a 1995, verificou-se que os homicídios e as lesões por armas de fogo de adolescentes do sexo masculino tiveram um crescimento de 46,5/100.000 hab. para 105,8/100.000 hab.; entre as adolescentes, houve um aumento de 3,1/100.000 hab. para 7,8/100.000 hab. (Ruzany & Szwarcwald, 1999).

As variações na distribuição dessas mortes se referem não apenas à idade e ao sexo, mas também à disposição sócio-espacial e geográfica, sendo mais frequentes nas áreas metropolitanas, onde há uma maior concentração da população (Lolio et al., 1990). Tomando-se o cenário urbano como facilitador/favorecedor, a violência tem sido atribuída a uma concentração elevada de habitantes e de riqueza, assim como à impessoalidade nas relações soci-

ais; segundo Mello-Jorge (1997), esses fatores contribuiriam para o aumento do referido agravo.

Na cidade do Salvador, apesar de a mortalidade por causas externas encontrar-se em nível intermediário, com taxas entre 80 e 99 óbitos por cem mil habitantes, as mortes violentas apresentam-se como uma das principais questões de saúde pública e de cidadania, principalmente pelo fato de ser este município o maior em crescimento das taxas desse tipo de mortalidade, nas últimas décadas (Mello-Jorge, 1997). Foram constatados diferenciais intra-urbanos na mortalidade de crianças e de adolescentes por causas externas, no ano de 1991, notando-se uma penalização maior para as populações residentes em áreas pobres, sobretudo no caso dos homicídios (Paim & Costa, 1996).

Apesar da importância das condições de vida como potencializadoras da violência social, pelo fato de as mesmas estarem presentes na gênese de sérios problemas (Brasil, 2000; Guerrero, 2000) e desta ser considerada, atualmente, como a principal causa de anos potenciais de vida perdidos (Reichenheim & Werneck, 1994), ainda são escassos os estudos sobre a mortalidade de crianças e de adolescentes por causas externas, visando analisar as possíveis relações com as desigualdades sociais constatadas em Salvador.

Este estudo tem pois como objetivo analisar a mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes na cidade do Salvador, considerando-se as diferentes condições de vida de seus habitantes.

Metodologia

Em 1994, foi realizado um estudo de agregados em Salvador, capital do estado da Bahia, região Nordeste do Brasil, com a finalidade de analisar a mortalidade por causas externas e as condições de vida da população de 5 a 19 anos. Essa cidade está dividida em 75 zonas de informação (ZI), estabelecidas pela Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Salvador/CONDER, de acordo com critérios físico-urbanísticos, administrativos, de planejamento e de compatibilização com os setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A unidade de análise do estudo foi a zona de informação (ZI).

As zonas de informação foram estratificadas, selecionando-se duas variáveis identificadas como determinantes das condições de vida: o capital econômico e o capital cultural (Bourdieu, 1997). De acordo com a metodologia desenvolvida em estudo anterior (Vieira da Silva et al., 1999), a categoria "capital econômico" foi subdividida nos seguintes estratos: 1) Capital Econômico Baixo (CEB): sem rendimento até rendimento de 2 salários mínimos; 2) Capital Econômico Médio (CEM): rendimento superior a 2 e até 5 salários mínimos; 3) Capital Econômico Alto (CEA): rendimento superior a 5 salários mínimos (Vieira da Silva et al., 1999).

Cada zona de informação foi classificada em um dos três estratos, dependendo da maior proporção de famílias com CEB, CEM, CEA. Quando as proporções observadas em distintas ZI eram equivalentes ou apresentavam uma diferença inferior a 10% em dois estratos, foi feita uma distribuição sistemática de metade das ZIs para um estrato e metade para o outro.

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

A divisão das zonas de informação, considerando-se as duas variáveis (renda e grau de instrução – vinculadas respectivamente às categorias "capital econômico" e "cultural"), resultou em outros quatro grupos: CEA/CCA; CEA/CCM; CCM/CEB; CCB/CEB.

A coleta de dados referentes aos óbitos foi efetuada com base nas fotocópias de todas as Declarações de Óbitos (DO) ocorridos em 1994 de residentes do município de Salvador, e arquivadas no Centro de Informações de Saúde (CIS) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB). A partir do registro do bairro de residência referido no item "endereço habitual", as declarações foram classificadas e codificadas segundo as respectivas ZIs. Quando um mesmo bairro de acordo com a divisão da CONDER, abrangia duas diferentes zonas, es-

tas eram agrupadas para constituir uma única zona, o que ocorreu com as ZIs 4 e 5, 11 e 12, 39 e 40 e 50 e 51. As ZIs 15 e 25 também foram consideradas com conjunto, devido a mudanças de setores censitários do IBGE e às respectivas adaptações realizadas pela CONDER em função do censo de 1991. Foram excluídas as ZIs de número 3, 23, 35, 45, 46, 56, 72, 74 e 76, por possuírem populações inferiores a 5.000 habitantes, evitando-se distorções das taxas.

Em face de um grande número de óbitos por causas externas terem sido classificados pelo CIS/SESAB como "outros acidentes" (Paim & Costa, 1996), foram colhidas informações complementares junto ao Instituto Médico Legal Nina Rodrigues (IMLNR), tendo-se como ponto de partida a guia policial e o laudo técnico, visando esclarecer os tipos específicos de mortes violentas. Assim, através dos registros específicos existentes no IML, as causas básicas de óbito foram recodificadas.

Os tipos de causas externas analisados foram obtidos segundo a classificação da CID9 e incluíram: acidentes de transporte (E800-E848); homicídios (E960-E969); submersão, sufocação e corpos estranhos (E910-915); intervenções legais (E970-E978); suicídio (E950-E959); outros acidentes (E919-E928); quedas acidentais (E880-E888); acidentes por fogo e chamas (E890-E999). Tendo em vista a dificuldade de assegurar a situação de legalidade em que ocorreram os óbitos passíveis de serem classificados no grupo E970-E978, optou-se por utilizar a expressão "Intervenções legais" (entre aspas) para aquelas situações em que ocorreram homicídios com o envolvimento de policiais, ainda que não se disponham de evidências que apontem terem sido feitas execuções, no estrito cumprimento da lei.

A análise dos dados foi efetuada utilizando-se o Epi-Info, mediante distribuição desses óbitos segundo o tipo de causa externa e por estrato social, sendo calculadas as respectivas taxas de mortalidade. Como denominadores dessas taxas foram utilizadas estimativas populacionais fornecidas pelo CIS/SESAB.

Resultados

Em Salvador, no ano de 1994, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 44,2/100.000 hab.

A distribuição por sexo mostrou uma maior frequência no masculino, que superou em 3,8 vezes as ocorrências no sexo feminino. Os homicídios, acidentes de transporte e submersão foram os tipos específicos de causas mais frequentes com taxas de respectivamente, 14,9, 13,1 e 6,1/100.000 hab. (figura 1).

Nas faixas etárias de 5-9 e 10-14 anos, os acidentes de transporte representaram a primeira causa, e na população de 15-19, os homicídios (40,8/100.000 hab.) apresentaram a maior taxa (figura 2).

Observou-se uma tendência crescente, mas não homogênea, das taxas de mortalidade por causas violentas dos estratos com melhor condições de vida para os de pior condição de vida (tabela 1). A análise diferencial por tipos de causas de mortes violentas também mostra características distintas entre os estratos de condições de vida; nesse caso, os acidentes de transporte representam a maior taxa no segundo estrato, e os homicídios no quarto estrato, com a taxa de 17,8 por 100.000 habitantes (Tabela 2).

Na Figura 3, constata-se que os acidentes de transporte representam o principal tipo de morte por causa violenta nos três primeiros estratos, enquanto os homicídios constituem-se na primeira causa de morte violenta no estrato de piores condições de vida.

Particularizando-se os três principais tipos de causas externas quanto à idade e aos estratos de condições de vida, verificou-se, para os acidentes de transporte, que a faixa etária dos 15-19 anos registrou as maiores taxas no segundo (17,1/100.000 hab.) e no último estratos de condições de vida (16,8/100.000 hab.), enquanto que as faixas de 5-9 e de 10-14 anos registraram, respectivamente, as maiores taxas no segundo (32,3/100.000 hab.) e no terceiro (20,0/100.000 hab.) estratos. Para os acidentes de submersão, não foi observada qualquer ocorrência no estrato 1, sendo as maiores taxas no segundo e no quarto estratos, correspondentes à faixa dos 15-19 anos. Os homicídios apresentaram características singulares, sem nenhuma ocorrência no estrato de melhores condições de vida; no entanto, registraram-se elevadas taxas na faixa etária de 15-19 anos nos três últimos estratos, especialmente, naquele com baixo capital econômico e baixo capital cultural (56,2/100.000 hab.).

Figura 1. Taxa de mortalidade por tipo de causas externas (/100.000 hab.) em crianças e adolescentes (5-19 anos) Salvador - 1994

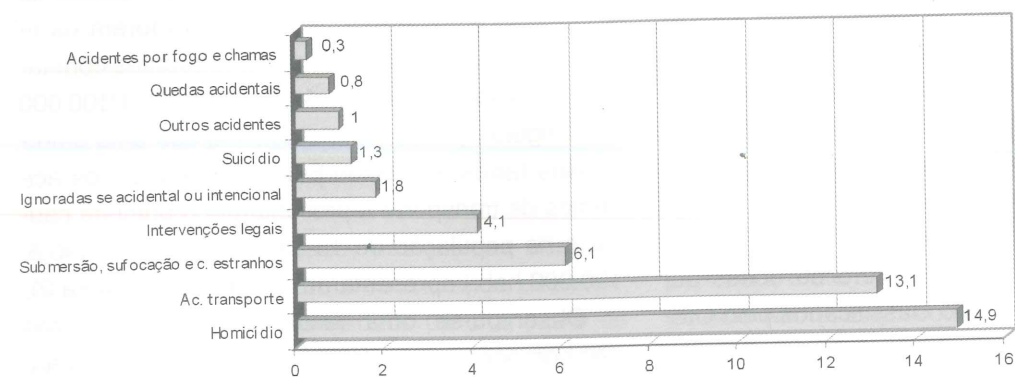


Figura 2. Taxa de mortalidade por causas externas (/100.000 hab.) em crianças e adolescentes (5-19 anos) por tipo de causas e faixa etária Salvador - 1994

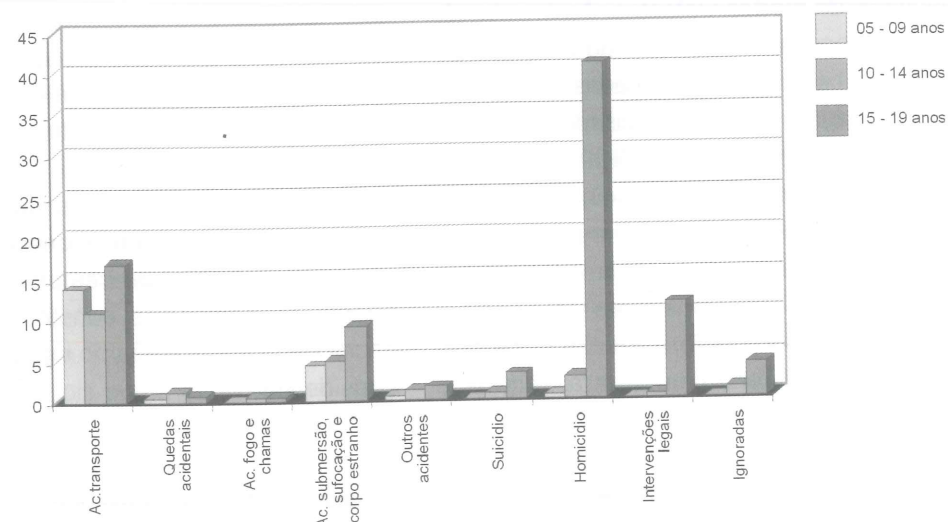


Figura 3. Taxa de mortalidade (/100.000 hab.) dos principais tipos de causas externas em crianças e adolescentes (5-19 anos), segundo estratos de condições de vida Salvador - 1994

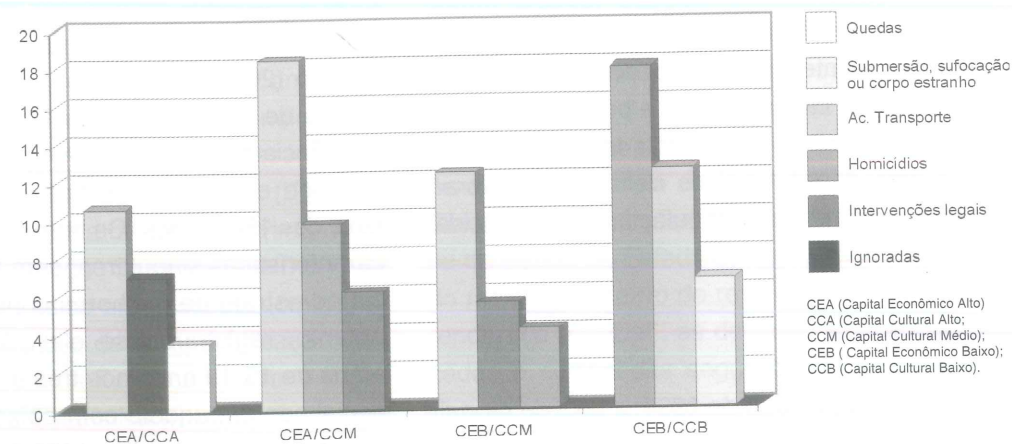


Tabela 1 População estimada, número de óbitos e taxa de mortalidade por causas externas (/100.000 hab.) em crianças e adolescentes (5-19 anos), segundo estratos de condições de vida. Salvador, 1994

Estratos	População	Nº de Óbitos	Tx. Mortalidade
1. CEA/CCA	28287	6	21,2
2. CEA/CCM	81816	40	48,9
3. CEB/CCM	72653	26	35,8
4. CEB/CCB	579432	265	45,7
TOTAL	762191	337	44,2

CEA (Capital Econômico Alto); CCA (Capital Cultural Alto); CCM (Capital Cultural Médio); CEB (Capital Econômico Baixo); CCB (Capital Cultural Baixo).

Tabela 2 Taxa de mortalidade por causas externas (/100.000 hab.) em crianças e adolescentes (5-19 anos) segundo estratos de condições de vida. Salvador, 1994

Tipos de CE Estratos	Acidente transporte	Quedas acidentais	Acidente por fogo e chamas	Submersão, sufocação e corpos estr.	Outros acidentes	Suicídio	Homicídio	Intervenções "legais"	Ignoradas se acidental ou intencional
CEA/CCA	10,6	3,5	-	-	-	-	-	-	7,0
CEA/CCM	18,3	1,2	-	6,1	1,2	3,7	9,7	6,1	2,4
CEB/CCM	12,3	2,7	1,4	4,1	-	-	4,1	5,5	-
CEB/CCB	12,5	0,3	0,2	6,7	1,2	1,2	17,8	3,8	1,7
TOTAL	13,1	0,8	0,3	6,1	1,0	1,3	14,9	4,1	1,8

CEA (Capital Econômico Alto); CCA (Capital Cultural Alto); CCM (Capital Cultural Médio); CEB (Capital Econômico Baixo); CCB (Capital Cultural Baixo).

Discussão

O presente estudo revela a existência de distribuição desigual da mortalidade entre as diversas Zonas de Informação e entre os distintos estratos sociais do município de Salvador. Na medida em que a mortalidade por causas externas pode ser estudada como um indicador da violência, tendo como base o conceito de espaço socialmente organizado (Lima & Ximenes, 1998), pode-se afirmar que, no município de Salvador, tais resultados confirmam o fato de que os efeitos da violência se fazem sentir, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis (como crianças e adolescentes), pertencentes a estratos sociais menos favorecidos (Souza, 1996).

Pode-se encontrar explicação para essa situação ao se conhecer que a ocupação do espaço não é feita de maneira aleatória, revelando a desigualdade de condições de vida, que, por sua vez, colocam em evidência o risco diferenciado que transforma determinados grupos sociais em alvos preferenci-

ais da mortalidade por causas externas (Lima & Ximenes, 1998). Assim, as microáreas da periferia urbana, na quais se concentram as favelas, cujos indicadores socioeconômicos são os piores, apresentaram maior índice de homicídios (Santos, 1999), tal como se evidenciou no presente estudo.

A análise da ocorrência de mortes por causas externas nas diversas faixas etárias demonstrou que, na cidade do Salvador, há um padrão similar ao de outros estudos (Lyra, 1996; Minayo, 1990; Yunes & Rajs, 1994), sendo que a magnitude ocorre na população de 15 a 19 anos, com algumas variações em relação às condições de vida, excetu-

ando-se apenas as quedas acidentais e outros acidentes. No caso dos homicídios, a relação com as condições de vida tornou-se mais evidente, desde que não foram observadas ocorrências desse tipo de causa no estrato de melhores condições de vida,

enquanto que o estrato de condições de vida mais precárias apresentou uma taxa de 17,8/100.000 habitantes. Vivendo em locais insólitos e desprovidos dos aparatos do estado que lhes garantam condições de vida dignas, esses segmentos da população ficam à mercê de toda sorte de violência e são, por isso, suas principais vítimas. (Souza, 1996; Paim & Costa, 1996; Santos, 1999).

Os homicídios e acidentes de trânsito foram as duas causas mais freqüentes de óbitos na população total de 5-19 anos, principalmente, nos jovens do sexo masculino. Todavia, enquanto as maiores taxas de morte por acidentes de transporte encontravam-se em estratos com melhores condições de vida, as maiores taxas de homicídios referiam-se aos estratos com as piores condições de vida. As teorias explicativas apontam que isso decorre de uma maior exposição a fatores individuais de risco, como consumo de álcool, fumo e/ou outras drogas, uso de armas de fogo e maior inserção no mercado informal de trabalho em atividades lícitas ou ilícitas (Barros, et. al,2001; Guerrero, 2000).

Uma das explicações utilizadas para compreender o aumento da mortalidade dos adolescentes por causas externas é o modo como se verificou a urbanização no País. As desigualdades acentuadas entre grupos populacionais urbanos, o aprofundamento da exclusão social, e o elevado ritmo de crescimento com aumento da população marginalizada na periferia, impelem os jovens, sem oportunidade de emprego formal, a lutarem pela sobrevivência, ficando expostos à todos os tipos de violência (Barros et al., 2001).

Recentemente em Salvador, esperando conquistar o primeiro emprego, 5.000 adolescentes formaram uma fila quilométrica no Centro Administrativo da Bahia (CAB), na disputa pelas 300 vagas oferecidas pelo programa "Aprendendo a Trabalhar" aos estudantes da rede pública (Mendonça, 2001). No entanto, ainda há uma certa tendência de justificar, através de um imaginário social estereotipado, que crianças e adolescentes assassinados estariam ligados à delinqüência e, dessa forma, suas mortes seriam justificadas, autorizadas e, portanto, impunes (Souza, 1996).

No momento em que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) completa 11 anos, já não é possível reproduzir, impunemente, tal ideologia nem adiar mais ainda o desenvolvimento de novas políticas públicas, voltadas para a prevenção e o controle da violência, enfatizando a promoção da saúde, a defesa e a qualidade de vida, a partir de duas estratégias básicas: a atuação intersetorial e o fortalecimento da ação comunitária (Brasil, 2000).

Referências Bibliográficas

- ASSIS, S.G. de *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*. 1995. Tese. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- BARROS, M. D. de A.; XIMENES, R.; LIMA, M. L. C. de. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 142-149, 2001.
- BOURDIEU, P. *Razões Práticas. Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papius, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violência. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, p. 4, p. 427-430, 2000.

- GUERREIRO, R. La violencia desde la perspectiva de la Salud Pública. In: Briceño-León, R.; Minayo, M. C. de S.; Coimbra, Jr., C.E.A. (Coord.). *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p.147-157.
- LIMA, M. L. C. de, XIMENES, R. Violência e morte: diferenciais da mortalidade por causas externas no espaço urbano do Recife. *Caderno de Saúde Pública*, v. 14, n. 4, p. 829-840, 1998.
- LOLIO, C. A. de; SANTO, A. H.; BUCHALLA, C. M. Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985: magnitude e tendências. *Revista de Saúde Pública*, v. 24 n. 6, p. 481-489, 1990.
- LYRA, S. M. K.; GOLDBERG, T.; LYDA, M. Mortalidade de adolescentes em área urbana da região Sudeste do Brasil, 1984-1993. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p. 587-591, 1996.
- MELLO, Jorge M. H. P. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.31, n. 4 (suplemento), p. 5-25, 1997.
- MENDONÇA, J. Perspectiva de trabalho atrai 5 mil adolescentes ao CAB. *A Tarde*, Salvador, 4 de jul. 2001. p.2.
- MINAYO, M. C. S. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 278-292, 1990.
- PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Mortes violentas em crianças e adolescentes de Salvador. *Bahia Análise & Dados*, Salvador, v. 69, n.1, p. 59-67, set. 1996.
- REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Anos potenciais de vidas perdidos no Rio de Janeiro, 1990: as mortes violentas em questão. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1 (suplemento), p.188-198, 1994.
- RUZANY, M. H.; SZWARCOWALD, C. L. Mortalidade de adolescentes no município do Rio de Janeiro, de 1981 a 1995 - quantos óbitos poderiam ser evitados? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, n.5, p. 327-333, 1999.
- SANTOS, S. M. dos. *Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto socioespacial*. 1999. (Tese) Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, 1999.
- SOUZA, E.; ASSIS, S. G. de. Mortalidade por violência em crianças e adolescentes do Município do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 45, n. 2, p. 85-94, 1996.
- VERMELHO, L. L. *Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência)*. 1994 (Tese). Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.
- VIEIRA, da Silva L. M.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais em uma

Capital da Região Nordeste. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, p. 187-97. 1999.

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la Mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la region de las Americas. *Cad. de Saúde Pública*, v.10, n.1, p. 45-60, 1994.

* Adriana Carneiro de Macêdo é bolsista de Iniciação Científica do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CNPq/PIBIC/UFBA) e estudante de Medicina da Faculdade de Medicina - FAMED/UFBA).

** Jairnilson Silva Paim é professor titular do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia., pesquisador 1-A do CNPq. E-mail: jairnil@ufba.br

*** Lúgia Maria Vieira da Silva é professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, doutora em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo e pesquisadora 1-C do CNPq.

**** Maria da Conceição Nascimento Costa é professora adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFBA