



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

RAUL COELHO BARRETO FILHO

**CAUSAS DE MORTE VIOLENTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO
METROPOLITANA DE SALVADOR - BAHIA**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador
2019**

RAUL COELHO BARRETO FILHO

**CAUSAS DE MORTE VIOLENTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA
REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR - BAHIA**

Tese apresentada ao Programa de Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Dr. Marcos Antônio Almeida Matos

Co-orientador: Dr Edson Duarte Moreira Jr.

Salvador
2019

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

B273 Barreto Filho, Raul Coelho
Causas de morte violenta de crianças. / Raul Coelho Barreto Filho. – 2019.
78f.: il. Color; 30cm.

Orientador: Dr. Marcos Antônio Almeida Matos
Coorientador: Dr. Edson Duarte Moreira Jr.

Doutor em Medicina e Saúde Humana

Inclui bibliografia

1. Causas externas. 2. Morte violenta. 3. Crianças. 4. Adolescentes.

I. Título.

CDU: 341.5561

RAUL COELHO BARRETO FILHO

“CAUSAS DE MORTES VIOLENTAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BAHIA”

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 16 de agosto de 2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. André Gusmão Cunha
Doutor em Imunologia
Universidade Federal da Bahia, UFBA



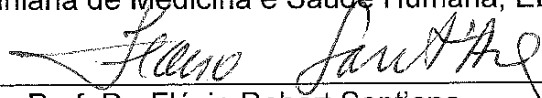
Prof. Dr. Antônio Carlos Vieira Lopes
Doutor em Medicina e Saúde
Universidade Salvador, UNIFACS



Prof. Dr. Luis Carlos Cavalcante Galvão
Doutor em Radiologia Odontológica
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana, EBMSP



Prof. Dr. Juárez Pereira Dias
Doutor em Saúde Coletiva
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana, EBMSP



Prof. Dr. Flávio Robert Santana
Doutor em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Humana, EBMSP

EQUIPE DE PESQUISA

1. Raul Coelho Barreto Filho, Mestre, Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA
2. Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto, Doutora, Departamento de Saúde – Universidade Estadual de Feira de Santana.
3. Alice Maria Araújo Vianna, Acadêmica de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
4. Laís Almeida Silva, Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
5. Paula Carvalho Romeu Monteiro, Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Secretaria de Segurança Pública da Bahia

- Instituto Médico Legal Nina Rodrigues – Departamento de Polícia Técnica

Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências

- Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Aos meus queridos pais, Raul Coelho Barreto (in memoria) e Severina Maria da Costa Barreto, pois sem eles nada teria acontecido, pois me ensinaram a trilhar pela estrada da Caridade Cristã.

Aos meus amados filhos Raul, Raphael, Camilla, e Bianca, Gabriel, Laís e Letícia pelo incentivo e carinhos nos momentos mais difíceis.

A Christianne, pela valiosa ajuda, grande incentivo, eterna orientação, total companheirismo, e principalmente pelo seu amor, em todas as etapas deste trabalho.

A minha adorada irmã Anita, e minhas sobrinhas Márcia e Andréa, pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Marcos Antônio Almeida Matos, meu orientador, sempre solícito, e atencioso, agradeço a paciência e incentivo. Ser seu orientado foi um prazer e grande honra.

Sou eternamente agradecido ao Prof. Dr. Edson Moreira Jr, meu coorientador, amigo, colega, e principal incentivador deste trabalho. Sua semente germinou, e com absoluta certeza dará muitos frutos.

À minha equipe de pesquisa formada pelas Acadêmicas da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Alice Viana, Laís Almeida e Paula Romeu pela excelente ajuda e incentivo.

AGRADECIMENTOS

Ao Curso de Pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina, da Fundação para o Desenvolvimento das Ciências, representado pelos queridos Professores, colegas e funcionários pelo incentivo e fraternal amizade que resultaram no meu crescimento acadêmico.

Ao Instituto Médico Legal Nina Rodrigues do Departamento de Polícia Técnica da Secretaria de Segurança Pública da Bahia, minha primeira e eterna Casa do Saber.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O crescente aumento de mortes em crianças e adolescentes em consequência de agentes externos – morte violenta no nosso país, tem chamado a atenção de quem trabalha em unidades de emergências ou nos Institutos Médico Legais, nos fazendo questionar se não está havendo falhas nas medidas preventivas e educacionais pelos responsáveis nessa população. **OBJETIVOS:** Descrever a distribuição da frequência de causas de mortes violentas em crianças e adolescentes na área metropolitana de Salvador – Bahia. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo descritivo, baseado na coleta de dados dos laudos de necropsias dos óbitos em indivíduos com idade igual ou menor que 19 anos, ocorridos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2014, emitidos pelo Instituto Médico Legal Nina Rodrigues do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria de Segurança Pública, do Governo do Estado da Bahia. **RESULTADOS:** No total, foram revisados 9.607 registros de óbitos por causa violenta em indivíduos com idade igual ou menor a 19 anos na região metropolitana de Salvador no período de 1998 a 2014, inclusive. A maior parte dos óbitos, 8.302 (86%), ocorreu no sexo masculino. Entre as crianças e adolescentes do sexo masculino a causa mais comum de morte violenta foi homicídio, responsável por aproximadamente três quartos dos óbitos (74%), seguido em frequência muito menor por afogamento (7%), atropelamento (6%), acidente de automóvel (3%) e queimaduras (3%). Homicídio também foi a principal causa de morte violenta no sexo feminino, acometendo cerca de um terço das meninas e adolescentes (34%), seguido por atropelamento (14%), acidente de automóvel (11%), queimadura (11%) e afogamento (10%). **CONCLUSÃO:** Nosso estudo apresenta uma análise detalhada da distribuição das causas de mortes violentas em crianças e adolescentes na RMS durante quase duas décadas. Indivíduos do sexo masculino são afetados desproporcionalmente por quase todas as causas de morte violenta e essa disparidade se acentua progressivamente com o aumento da idade. Considerando a relevância dos óbitos por causa externa em saúde pública, o número de mortes violentas e as taxas de incidência encontradas na população de crianças e adolescentes da RMS demonstram a gravidade do problema, indicando a necessidade urgente de priorizar estratégias de controle e prevenção desse tipo de agravo.

Palavras chaves: Causas externas. Morte violenta. Crianças. Adolescentes.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The increasing in deaths in children and adolescents as a result of external agents - violent death, has drawn the attention of those who work in emergency units or in Legal Medical Institutes, making us question whether there are not failures in preventive and educational measures responsible for this population.

OBJECTIVES: To describe the frequency distribution of causes of violent deaths among children and adolescents in the metropolitan area of Salvador - Bahia.

MATERIALS AND METHODS: This is a descriptive study, based on the collection of data from the reports of deaths verified between January 1998 and December 2014, issued by the Nina Rodrigues Legal Medical Institute of the Technical Police Department, the Secretariat of Public Security, the Government of the State of Bahia.

RESULTS: In total, 9,607 records of violent deaths were reviewed in individuals aged 19 years or less in the metropolitan region of Salvador from 1998 to 2014, inclusive. The majority of deaths, 8,302 (86%), occurred in males. Among boys and girls, the most common cause of violent death was homicide, accounting for approximately three quarters of deaths (74%), followed by a much lower frequency of drowning (7%), trampling (6%), (3%) and burn (3%). Homicide was also the leading cause of violent death in females, affecting about one third of girls and adolescents (34%), followed by trampling (14%), car accident (11%), drowning (10%).

CONCLUSION: Our study presents a detailed analysis of the distribution of causes of violent deaths in children and adolescents in MSY for almost two decades. Male individuals are disproportionately affected by almost all causes of violent death and this disparity progressively increases with increasing age. Considering the importance of deaths due to external causes in public health, the number of violent deaths and the incidence rates found in the population of children and adolescents of MSY demonstrate the seriousness of the problem, indicating the urgent need to prioritize strategies of prevention and control of this type of aggravation.

Key words: External causes. Violent death. Children. Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da frequência (%) das causas de mortes violentas em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=9.607), Região Metropolitana de Salvador, 1998 a 2014.	31
Figura 2 - Distribuição da frequência (%) da cor/raça por causa de morte violenta em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=5.869), Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	32
Figura 3 - Distribuição do número de homicídios de acordo com idade e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos (n=6.524), Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	36
Figura 4 - Distribuição do número de homicídios por dia da semana e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	37
Figura 5 - Distribuição do número de homicídios por mês do ano e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	38
Figura 6 - Distribuição do número de homicídios (n=6.576) em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	39
Figura 7 - Distribuição do número de suicídios de acordo com a idade e o sexo em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	41
Figura 8 - Distribuição do número de suicídios por dia da semana e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	42
Figura 9 - Distribuição do número de suicídios por mês do ano e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	43
Figura 10 - Distribuição do número de suicídios (n=104) em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	44
Figura 11 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte (atropelamento, automóvel e motocicleta) de acordo com a faixa etária e o sexo em indivíduos com 19 anos ou menos (n=1.210), Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	46
Figura 12 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte de acordo com o dia da semana em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	47
Figura 13 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte de acordo com o mês do ano em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	48
Figura 14 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	49

Figura 15 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com a faixa etária e o sexo em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.....	51
Figura 16 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com o dia da semana em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.....	52
Figura 17 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com o mês do ano em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	53
Figura 18 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes em indivíduos com 19 anos ou menos, Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência das causas de morte violenta por subcategoria e sexo em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=9.665), Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.....	34
Tabela 2 - Incidência de homicídios (por 100 mil hab.) de acordo com idade e sexo na região metropolitana de Salvador.....	40
Tabela 3 - HOMICÍDIOS Versus ACIDENTES.....	56

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específico	17
3	REVISÃO DA LITERATURA	18
4	MATERIAL E MÉTODOS	28
4.1	População do estudo	28
4.2	Banco de dados	28
4.3	Análise estatística	28
4.4	Considerações sobre aspectos éticos	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÃO	57
7	CONCLUSÕES	62
	REFERÊNCIAS	63
	ANEXOS	65

1 INTRODUÇÃO

A Morte é um evento inevitável. Depois do nascer é a grande certeza que temos na vida, pois é fato que todos nós haveremos de morrer um dia. Porém, a morte por causas violentas antecipam esse momento, independentemente do ciclo vital do indivíduo. Costuma-se definir como morte natural aquela decorrente de patologias ou do envelhecimento, enquanto as não naturais são decorrentes de causas externas e conhecidas como mortes violentas⁽¹⁾.

O termo *Causas Externas* é empregado, pela área de saúde, para se referir à mortalidade por: (a) homicídios e suicídios, agressões físicas e psicológicas; (b) acidentes de trânsito, transporte, quedas, afogamentos e outros; (c) lesões e traumas provocados também por esses eventos. Já a *violência* é uma questão social que ocorre nas inter-relações humanas, caracterizada pela existência do dolo ou da intenção de prejudicar, ferir e até matar o outro indivíduo⁽¹⁾.

Na concepção jurídica, morte violenta é aquela causada por um agente externo, como o suicídio, homicídio e o acidente, e eles constituem um problema de grande significação em todo o mundo, não só pela sua frequência, como pela gravidade que muitas vezes podem apresentar, causando incapacidades e mesmo morte em número bastante elevado⁽²⁾.

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi criado em 1979, sendo o mais antigo sistema de informação existente no Ministério da Saúde. Importante instrumento de monitoramento de óbitos, o SIM permite ao Ministério da Saúde (MS) identificar as principais causas dos óbitos registrados nos municípios, estados e regiões brasileiras. Com base nos dados capturados, é possível realizar análises que orientam a adoção de medidas preventivas e subsidiam o processo de decisão na gestão do sistema de saúde, assim como, realizar avaliações das ações implementadas que tenham impacto sobre as causas de morte⁽³⁾.

O SIM vem apresentando avanços importantes em sua cobertura, tendo atingido 81,2 %, em 2001, em relação ao número de óbitos estimados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta cobertura, porém, não é ainda homogênea

(92,7% na região sul, 89,3% na região Sudeste, 84,1% na Região Centro-Oeste, 72,2% na Região Norte e 65,6% na Região Nordeste)⁽³⁾.

O perfil das causas de mortalidade no Brasil vem se modificando nas últimas décadas e, à semelhança de países desenvolvidos, as principais causas de óbito atualmente são as doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas⁽⁴⁾. Estas últimas, no entanto, vêm apresentando uma tendência crescente nos últimos anos, com um aumento expressivo no coeficiente de mortalidade na faixa etária de 0 à 19 anos.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), as causas externas foram responsáveis por aproximadamente 120 mil mortes no ano 2001, representando cerca de 15,0% dos óbitos registrados no país, nesta faixa etária⁽⁴⁾. O Relatório de Violência Letal contra crianças e adolescentes no Brasil, da Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLASC), nos informa que esse número vem aumentando desde 1980 e representa 30% em 2013.

A análise dos principais grupos de causas mostrou que as doenças do aparelho circulatório foram as mais frequentes nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Nas regiões Nordeste e Norte as causas mais frequentes de morte foram os sintomas, sinais e achados anormais (causas mal definidas), seguidas das doenças do aparelho circulatório. As neoplasias foram a segunda causa de morte na Região Sul, enquanto que na Região Centro-Oeste as causas externas ocuparam esta mesma posição. No Sudeste, foram muito próximas as proporções de morte por neoplasias e causas externas⁽³⁾.

O principal grupo de causas de morte na faixa etária de 05 a 14 anos são as causas externas, para ambos os sexos. O risco de morte difere para meninos e meninas, sendo que o risco de um garoto morrer por causa externa foi 2,2 vezes maior do que o risco verificado para as meninas⁽³⁾.

Em alguns países os acidentes constituem a principal causa de morte entre crianças de 01 a 15 anos e, como são muito menos numerosos do que aqueles em que as

vítimas sobrevivem, os acidentes fatais representam, na realidade, apenas uma parte de um problema bem maior⁽⁵⁾.

Embora a violência hoje seja considerada um problema universal, o Brasil ocupa o terceiro lugar entre os países com os maiores coeficientes de mortalidade por homicídio do mundo, de modo que as taxas brasileiras são superadas apenas pela Colômbia e El Salvador⁽⁶⁾.

A partir de 1980 o crescimento das causas externas passa a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no Brasil. No ano de 2000, ocorreram 118.367 mortes por causa externas, o que representou 12,5% do total de mortes^(6,7).

Em 2013, segundo o SIM, as causas externas vitimaram 151.683 pessoas, sendo 82,2 % homens; de 20 à 35 anos – 43,8 %; Pardos 51,1 %; sendo 36,8 % na Região Sudeste

Estudos na área de Saúde Pública acerca das causas externas de morte, possibilitam a orientação nas atividades não apenas de prevenção, mas também administrativas, visando ao melhor planejamento dos serviços e alocação de recursos, além da avaliação da assistência médica prestada⁽⁸⁾.

A violência é um problema de saúde pública, afetando todas as idades, sexos, raças, etnias e fatores socioeconômicos. As mortes violentas resultam em incapacidades e perda considerável de vidas, além de requerer o uso abundante de recursos, tanto dentro como fora do sistema público de saúde⁽⁸⁾.

Atualmente, no Brasil, as mortes violentas por acidentes são as principais causas de mortalidade em crianças e a segunda causa em adolescentes, perdendo apenas para o homicídio nessa faixa etária⁽¹⁾.

Na região metropolitana de Salvador, que possui mais de três milhões de habitantes, sendo a terceira área mais populosa do País, ocorrem por ano cerca de 500 óbitos devido a mortes violentas em pessoas com menos de 19 anos. Apesar disso, não existem levantamentos sobre a frequência dos principais tipos de acidentes nesse

grupo, nem tão pouco das suas causas, fatores de risco ou sobre as circunstâncias associadas a esses eventos⁽⁹⁾.

No Brasil, a importância do estudo das mortes por causas externas se prende aos problemas morais, familiares, sociais e econômicos que os mesmos causam, pois, além das mortes proporcionarem enormes gastos com a atenção médica, sequelas como a incapacidade permanente e a necessidade de reabilitação em elevada percentagem da população economicamente ativa, influencia negativamente na economia do país⁽⁹⁾.

As mortes violentas envolvem elementos semelhantes aos de qualquer doença, isto é, dependem da participação do agente, hospedeiro e meio, bem como suas interações, podendo ser estudado do ponto de vista epidemiológico, pois se tem observado que vários fatores relacionados com o indivíduo influem na sua ocorrência, a exemplo do tipo de acidente, procedência, idade, sexo, escolaridade, local, hora e dia da ocorrência, além da estação do ano.

Este estudo se propõe a levantar o perfil das mortes violentas, que vitimaram crianças e adolescentes, nos últimos dezessete anos (1998 – 2014), não somente analisando a tendência temporal destas ocorrências, como também os fatores de risco associados, de acordo com as características sociodemográficas das vítimas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever a distribuição da frequência de causas de óbitos por causas externas em crianças e adolescentes na área metropolitana de Salvador – Bahia.

2.2 Específico

1 – Descrever os óbitos pelas principais causas externas em crianças e adolescentes na Região Metropolitana de Salvador – Bahia;

2 – Analisar os possíveis fatores de riscos das mortes violentas nessa população de acordo com o sexo, idade, cor de pele, causa da morte e dia da semana.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A violência, provavelmente, sempre fez parte da experiência humana. Seu impacto pode ser mundialmente verificado de várias formas. A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de autoagressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo⁽⁸⁾. Embora seja difícil ter estimativas precisas, o custo da violência para o mundo se traduz em bilhões de dólares de despesas anuais com cuidados de saúde, acrescidos de outros bilhões relativos às economias dos países, em termos de dias não trabalhados, imposição e cumprimento da lei e investimentos perdidos⁽⁸⁾.

Toda análise abrangente da violência deve começar pela definição de suas várias formas, de modo a facilitar a sua medição científica. É possível definir a violência de muitas maneiras. A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002, define a violência como o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação⁽¹⁰⁾.

Os tipos mais comuns de violência que vitimam as crianças e adolescentes são:

- a) Homicídio por arma de fogo, arma branca, agressões, asfixias e intervenção legais;
- b) Acidentes por meios de transportes, onde se incluem o atropelamento, colisão de automóveis, e com motocicletas;
- c) Afogamentos em águas naturais ou piscinas;
- d) Queimaduras por fonte de calor ou elétricas;
- e) Quedas da própria altura ou precipitações (acima da própria altura);
- f) Suicídios por enforcamento, precipitações, envenenamentos, e por arma de fogo;

- g) Asfixias por vômito/conteúdo gástrico, corpo estranho, alimento, ou outras asfixias como enforcamento, ou estrangulamento;
- h) Envenenamentos por substância química ou animais peçonhentos⁽¹¹⁾.

HOMICÍDIOS - Em menores de 20 anos, os homicídios estão mais presentes na faixa de 15 a 19 anos. Porém, esta fatalidade também atinge lactentes e crianças.

Em estudo realizado nos Estados Unidos em 2003 e 2004, constatou-se que a taxa de homicídio na faixa etária de 0 a 4 anos era cerca de 3 por 100.000 habitantes, sendo os suspeitos geralmente os pais ou cuidadores, ocorrendo com frequência em casas e apartamentos utilizando armas que incluem objetos domésticos. Os afro-americanos tinham 4,2 vezes mais chance de serem vítimas de homicídios do que os brancos.

A cada 7 minutos, em algum lugar do mundo, uma criança ou um adolescente, entre 10 e 19 anos, é morto, seja vítima de homicídio, ou de alguma forma de conflito armado ou violência coletiva. Somente em 2015, a violência vitimou mais de 82 mil meninos e meninas nessa faixa etária – 24,5 mil dessas mortes aconteceram na região da América Latina e do Caribe. Os dados são do relatório *A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents* (Um Rosto Familiar: A violência na vida de crianças e adolescentes – UNICEF, que faz uma análise detalhada das mais diversas formas de violência que crianças e adolescentes sofrem em todo o mundo: violência disciplinar e violência doméstica na primeira infância; violência na escola – incluindo bullying; violência sexual; e mortes violentas de crianças e adolescentes⁽¹²⁾.

Conflitos armados – O relatório também faz uma análise sobre mortes de adolescentes em decorrência de violência coletiva ou conflitos armados. Em 2015, foram cerca de 31 mil mortes de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos nesse tipo de contexto de violência. Enquanto 6% das crianças e adolescentes de 10 a 19 anos do mundo vivem no Oriente Médio e Norte da África, as duas regiões concentram 70% das mortes nessa faixa etária⁽¹³⁾.

Os países que têm as maiores taxas de mortes de meninos por violência coletiva são a Síria (327,4 para cada 100 mil pessoas da mesma faixa etária), Iraque (122,6), Afeganistão (49,4), Sudão do Sul (29) e República Centro-Africana (18,9).

Para as meninas, Síria (224,1), Iraque (84), Afeganistão (34,2) Sudão do Sul (15,9) e Somália (10,1) são os países que concentram a maior proporção de mortes resultantes de conflitos e violência coletiva⁽¹²⁾.

Os EUA têm o maior índice de mortes infantis provocadas por homicídio, suicídio e uso de armas de fogo entre 26 países industrializados. A conclusão é de pesquisa realizada pelo Centro de Prevenção e Controle de Doenças, uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (O Ministério da Saúde dos EUA). O estudo diz que a taxa de homicídios de pessoas com menos de 15 anos nos EUA é cinco vezes maior que a média combinada dos outros 25 países pesquisados. O número de mortes relacionadas ao uso de armas de fogo é 12 vezes maior nos EUA que nos outros países. Os EUA têm ainda o dobro de suicídios entre crianças⁽¹⁴⁾.

A pesquisa foi realizada pelo médico Etienne Krug, que levantou dados oficiais sobre mortes infantis ocorridas nos 26 países entre 1990 e 1995. Krug também analisou a evolução das causas de mortes infantis dentro dos Estados Unidos entre os anos de 1950 e 1993. Nesse período, o número de homicídios de crianças triplicou, e o de suicídios, quadruplicou. Ao mesmo tempo, houve redução nas mortes provocadas por doenças ou ferimentos não-intencionais. Em 1994, os homicídios foram a terceira causa de morte de crianças entre 5 e 14 anos, e os suicídios, a sexta causa. O homicídio, naquele ano, foi a quarta causa de morte de crianças entre 1 e 4 anos. O estudo constatou que, no período analisado, houve uma média de 2,57 homicídios nos EUA para cada grupo de 100 mil pessoas com menos de 15 anos. Esse índice é cinco vezes maior que a média combinada dos outros 25 países: 0,51 para cada grupo de 100 mil. No caso de suicídios, a relação foi de 0,55 contra 0,27. As armas de fogo foram responsáveis por 1,66 mortes para cada grupo de 100 mil pessoas com menos de 15 anos nos EUA. Esse índice é quase três vezes maior que o registrado na Finlândia, país que teve a maior taxa de mortes desse tipo depois dos EUA. Os EUA apresentaram os maiores

índices de mortes de crianças relacionadas com o uso de armas de fogo entre os pesquisados. As exceções foram suicídios com armas de fogo na Irlanda do Norte e mortes com armas de fogo de autoria desconhecida na Áustria, Bélgica e Israel. As mortes por armas de fogo incluem homicídio, suicídio e acidentes (mortes não-intencionais). Se for considerado isoladamente, o número de homicídios com armas de fogo nos EUA é 16 vezes maior que o índice combinado dos outros 25 países. Nos Estados Unidos, houve 0,94 casos para cada grupo de 100 mil pessoas. No restante dos países estudados, a relação foi de 0,06. Cinco países pesquisados registraram apenas acidentes com armas de fogo: Dinamarca, Nova Zelândia, Escócia, Taiwan e Irlanda. No caso de homicídios cometidos sem uso de armas de fogo, o índice dos Estados Unidos é quase quatro vezes maior que o dos outros países combinados (1,63 contra 0,45 em cada grupo de 100 mil crianças)⁽¹⁴⁾.

Apesar da afirmação de William Forge, Diretor Executivo do Centro Carter, no *New England Journal of Medicine* em 1987, citada na revista *Salud Mundial* (1993), de que "*desde tempos imemoriais as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortalidade prematura*", a violência, enquanto tema, só encontra espaço na agenda da **Saúde Pública** no final dos anos 80. Sua inclusão como problema de saúde fundamenta-se no fato de as mortes e traumas ocorridos por causas violentas virem aumentando a passos alarmantes na região das Américas, contribuindo para anos potenciais de vida perdidos e demandando respostas do sistema.

Na década de 90, a preocupação com o tema ganha prioridade nas agendas das organizações internacionais do setor. Em 1993, o Dia Mundial da Saúde teve como mote para sua comemoração a "Prevenção de Acidentes e Traumatismos". Na revista *Salud Mundial* de janeiro e fevereiro de 1993, Hiroshi Nakajima, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde (OMS) abriu o Editorial dizendo: "*A vida é frágil, rechacemos a violência e a negligência*" (Nakajima, 1993: 03). Em junho de 1993, a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), na sua XXXVII Reunião do Conselho Diretor, decidiu instar aos governos membros que estabeleçam políticas e planos nacionais de prevenção e controle da violência, com a colaboração de todos os setores sociais envolvidos. Em 1994, a Opas elaborou um plano de ação regional, dando prioridade a este tema em sua atuação.

A América Latina e o Caribe concentram cerca da metade de homicídios de crianças e adolescentes em todo o mundo. Em 2015, dos 51,3 mil homicídios de meninas e meninos de 10 a 19 anos – não relacionados a conflitos armados –, 24,5 mil aconteceram nessa região. Esses números se mostram desproporcionais considerando que tal conjunto de países abriga pouco menos de 10% da população nessa faixa etária⁽¹⁵⁾.

Com relação às taxas de homicídios na de crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, a região da América Latina e do Caribe teve 22,1 homicídios para cada grupo de 100 mil adolescentes – proporção quatro vezes maior do que a média global. A região mais segura do mundo para um adolescente é a Europa Ocidental com 0,4 morte para cada 100 mil⁽¹⁵⁾.

Segundo os dados apresentados pelo UNICEF, a Venezuela tem a maior proporção de homicídios nessa faixa etária, com uma taxa de 96,7 mortes para cada 100 mil, seguida pela Colômbia (70,7), por El Salvador (65,5), por Honduras (64,9) e pelo Brasil (59)⁽¹⁵⁾.

Para as meninas da mesma faixa etária, Honduras possui a maior taxa (31,14 para cada 100 mil), seguida de El Salvador (10,9), Guatemala (10,1), Colômbia (8,4) e Jamaica (7,6)⁽¹²⁾.

No Brasil, há vários anos vêm sendo realizadas pesquisas sobre problemáticas específicas e regionais. Citam-se aqui apenas alguns exemplos: Yunes & Primo (1983); Szwarcwald, (1985); Santos et al. (1985); Mendes (1976); Medrado Faria (1983); Laurenti et al. (1972); Koifmam et al. (1983); Cassorla (1984); Barros, (1984); e Cohn (1986). Mas é também no final dos anos 80 que se iniciam estudos mais integrados, articulando reflexões da Filosofia, das Ciências Humanas e da Epidemiologia. Hoje, ainda que informalmente, há uma rede de comunicação e de informação que potencializa as pesquisas e descobertas na área da saúde. Há, contudo, muito a ser implementado, tanto no que concerne a investigações como a propostas de ação e de intervenção nos serviços. Da mesma forma que na região das Américas como um todo, aqui, no Brasil, a focalização sobre a área da violência

vem do impacto cada vez maior que ela representa na vida da população, bem como, por extensão, no setor saúde.

Nos últimos anos, a violência vem se constituindo em importante problema de saúde pública, não só pelos danos físicos e psíquicos que ela impõe, como também pelo número de óbitos ocasionados. Esse fato revela-se na magnitude da mortalidade por causas externas que ocupava, em 1995, o segundo lugar entre os grupos de causas de óbito no Brasil, superado apenas pelas doenças cardiovasculares⁽⁹⁾. Em estudo realizado em 15 países da América, entre 1971 e 1991, o Brasil situou-se entre aqueles que exibiam uma tendência de crescimento das taxas de mortalidade por causas externas, constituindo-se os acidentes de trânsito e homicídios nas principais causas de morte violenta⁽¹⁾.

O perfil da mortalidade por causas externas no Brasil caracteriza-se por uma ocorrência maior nas regiões metropolitanas e faixas etárias mais jovens⁽¹⁶⁾.

No Brasil, 30 crianças e adolescentes são assassinados a cada dia. Um em cada seis homicídios registrados em 2015 vitimou brasileiros com até 19 anos de idade. O número de mortes violentas nessa faixa etária mais que dobrou desde 1990, passando de 5 mil para 10,9 mil. Os dados, extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde, figuram em um relatório da Fundação Abrinq sobre a situação das crianças e adolescentes frente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas⁽¹⁷⁾.

Estados do Norte e do Nordeste concentraram mais de 50% dos homicídios dolosos ocorridos no Brasil em 2014, embora tenham somente 36,2% da população brasileira, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Justiça. Juntas, as regiões tiveram 24.328 dos 46.881 assassinatos do país (51,9% do total). No Sudeste, Centro-Oeste e Sul, foram 22.553 homicídios no mesmo período.

O levantamento faz parte do Diagnóstico dos Homicídios no Brasil, elaborado pelo Sistema Nacional de Informações de Segurança Pública (Sinesp) do Ministério da Justiça. Esta é a primeira edição da pesquisa⁽²⁾.

No Nordeste, há estados com índices considerados baixos, mas que possuem municípios com altas taxas de homicídios, comparadas às maiores do mundo, segundo o estudo. Um exemplo é o Piauí, com um dos índices mais baixos da região – 20,6. Mas a capital, Teresina, tem taxa de 48,2 mortes por grupo de 100 mil habitantes⁽²⁾.

No Maranhão, que tem o segundo menor índice da região (19,7) – o município de São José de Ribamar tem 70,2 mortes por 100 mil habitantes. Municípios na Bahia também apresentam situações graves, como Porto Seguro e Simões Filho, com índices de 86,5 e 84,3, respectivamente⁽²⁾.

Na Bahia, a taxa de mortalidade por causas externas foi de 41,02/100.000 habitantes em 1995⁽⁹⁾. Em Salvador, capital deste estado, verificou-se também um crescimento da mortalidade proporcional por esse grupo de causas a partir da segunda metade da década de 80, bem como uma elevação de 22% nas taxas de mortalidade entre 1980-1989, inferior apenas àquelas observadas para Recife, São Paulo, Porto Alegre e Rio de Janeiro^(2,18).

Foi constatado um crescimento no coeficiente de mortalidade por causas externas para o grupo etário de 0-19 anos, na grandeza de 53,9%, no Município de Recife, no período de 1979 à 1995, em um estudo feito por Barros⁽¹⁹⁾ e colaboradores em 2001.

A Bahia teve 5.450 mortes em 2014 e ocupa o primeiro lugar em números absolutos de homicídios no país. O Rio de Janeiro ocupa o segundo lugar, com 4.610 casos; em seguida aparecem São Paulo, com 4.294 mortes; Ceará, com 4.144; e Minas Gerais, com 3.958 homicídios⁽¹⁷⁾.

Um estudo realizado pela Fundação Abrinq mostrou que a Bahia é o quinto Estado no Nordeste em assassinatos de crianças e adolescentes. O levantamento usou dados de 2015, do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde. Antes da Bahia (18,1) figuram os Estados de Alagoas (36), Rio Grande do Norte (32,9), Sergipe (31,7) e Ceará (31). Quando o ranking aponta os dados nacionais, a Bahia aparece em sétimo lugar. Segundo o Ministério, foram contabilizados 59.080 homicídios de jovens no Brasil. Deste número, 10.956 foram mortes de pessoas entre zero e 19 anos. A maior parte dos assassinatos, no entanto, foi identificada entre adolescentes de 15 a 19 anos,

com 9.998 mortos. Na Bahia a situação se assemelha com a nacional, a maior parte das 1.223 crianças e adolescentes mortas, 1.124, estava entre 15 e 19 anos⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado no município de Feira de Santana, cidade situada no estado da Bahia, distando 108 Km da capital (Salvador), os acidentes de trânsito assumem o segundo lugar entre as causas de morte em menores de 15 anos com um aumento expressivo de 230% no período de 1994 à 1999; e a mortalidade por homicídio teve um aumento de 133,3% no mesmo período⁽²¹⁾.

É importante reconhecer a significação da mortalidade em menores de 15 anos por acidentes e atos de violência em países em desenvolvimento. À medida que outras causas de morte, tais como a desnutrição e as doenças infecciosas e parasitárias, vão sendo controladas, cresce a importância relativa das mortes na infância por acidentes e outras causas violentas⁽⁵⁾.

AFOGAMENTO - A principal causa de afogamento varia de acordo com o país. Em países como a Polônia, Cuba, Venezuela e Japão, a principal causa é afogamento em águas naturais. Enquanto isso, nos Estados Unidos é comum os afogamentos em piscinas. Entretanto, em vários países já se observa redução na taxa de mortalidade por afogamento em menores de 20 anos⁽¹⁵⁾.

A primavera e o verão apresentam taxas altas de insolação e de temperatura atmosférica (INMET) e por isto registram uma grande afluência de banhistas para as praias. O verão, devido ao calor ainda mais intenso e também por tratar-se de um período de férias, atrai um número ainda maior de banhistas, o que poder-se-ia supor gerar um número de acidentes também maior, mas não é o que acontece, uma vez que são registrados, como já citado, 44,8% de acidentes na primavera, contra 30,5% no verão. A análise de 10.697 operações de salvamento, realizadas entre os anos de 1994 e 2000, na costa atlântica da cidade de Salvador, acrescida dos depoimentos dos salva-vidas, mostram três fatos bem marcantes: 1) as correntes de retorno são responsáveis por cerca de 70% dos acidentes, 2) aproximadamente 77% dos acidentes ocorrem em praias do estágio morfodinâmico Intermediário, 3) cerca de 43% dos acidentes ocorrem durante a primavera⁽¹⁵⁾.

SUICÍDIO - A mortalidade por suicídio está diretamente relacionada a problemas de relacionamento com familiares e amigos, e respostas impulsivas a problemas psicossociais. Em estudo realizado nos Estados Unidos em crianças de 5 a 14 anos no período de 2003 a 2012, observou-se que as maiores taxas de suicídios eram em indivíduos do sexo masculino e negros, geralmente por asfixia mecânica por conta de enforcamento, estrangulamento ou sufocamento. Propõe-se a separação de dois grupos, com características epidemiológicas e psicodinâmicas diferentes: 1) jovens do sexo masculino, que geralmente morrem como consequência do ato suicida; 2) jovens predominantemente do sexo feminino, que raramente morrem após o ato suicida⁽¹⁾.

CAUSA EXTERNA - A tendência temporal da mortalidade por causa externa varia de acordo com a faixa etária. Em estudo realizado na Inglaterra e País de Gales no período de 1974 até 2008, notou-se que a taxa de mortalidade declinou em indivíduos até 14 anos nos últimos 30 anos, e permaneceu estável ou aumentou durante o mesmo período na faixa etária de 15 a 19 anos.

Foi constatado um crescimento no coeficiente de mortalidade por causas externas para o grupo etário de 0-19 anos, na grandeza de 53,9%, no município de Recife, no período de 1979 à 1995, em um estudo feito por Barros⁽¹⁹⁾ e colaboradores em 2001. Um estudo realizado no município de Feira de Santana, cidade situada no estado da Bahia, distando 108 Km da capital (Salvador), os acidentes de trânsito assumem o segundo lugar entre as causas de morte em menores de 15 anos com um aumento expressivo de 230% no período de 1994 à 1999; e a mortalidade por homicídio teve um aumento de 133,3% no mesmo período⁽¹⁶⁾.

Em 1954, no Canadá, 58% do total de mortes ocorridas no grupo de 5 a 19 anos eram devidos a acidentes, enquanto se verificava 45% na Holanda e 38% na Inglaterra. No mesmo ano esteve em primeiro lugar como causa de mortes em crianças no grupo de 5 a 14 anos no Rio de Janeiro. No ano de 1950 em Porto Alegre, Niterói e Belo Horizonte, os acidentes se colocaram em primeiro lugar no grupo etário de 5 a 9 anos⁽¹²⁾.

A tendência temporal da mortalidade por causa externa varia de acordo com a faixa etária. Em estudo realizado na Inglaterra e País de Gales no período de 1974 até 2008, notou-se que a taxa de mortalidade declinou em indivíduos até 14 anos nos últimos 30 anos, e permaneceu estável ou aumentou durante o mesmo período na faixa etária de 15 a 19 anos⁽¹²⁾.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo utilizando dados dos laudos de necropsias dos óbitos ocorridos no período de janeiro de 1998 a dezembro de 2014, emitidos pelo Instituto Médico Legal Nina Rodrigues do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria de Segurança Pública, do Governo do Estado da Bahia.

4.1 População do estudo

Foram considerados elegíveis para o estudo todos os casos de morte por causa violenta em crianças e adolescentes (0 a 19 anos) ocorrendo no período de 17 anos, entre 1998 e 2014, na população residente na região metropolitana de Salvador, considerada a população dos municípios de Camaçari, São Francisco do Conde, Lauro de Freitas, Simões Filho, Candeias, Dias D'Ávila, Mata de São João, Pojuca, São Sebastião do Passé, Vera Cruz, Madre de Deus e Itaparica, além de Salvador,

4.2 Banco de dados

As informações relevantes para o estudo foram extraídas dos laudos por uma equipe formada pelo autor e três acadêmicas do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, devidamente treinadas para essa finalidade. Os pesquisadores utilizaram uma ficha padronizada para transcrição dos dados, sem incluir nenhuma informação que possibilitasse a identificação do caso. Em seguida, os dados foram digitados numa planilha utilizando-se algoritmos e restrições de entrada para prevenção de erros. Adicionalmente, o banco foi sistematicamente revisado e editado para correção de inconsistências, valores inválidos, erros de digitação e recuperação de informações faltantes.

4.3 Análise estatística

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva das principais variáveis do estudo como: data do óbito, tipo de acidente, idade, cor, sexo, procedência, local, hora do acidente etc. Posteriormente, fez-se também uma análise da distribuição de frequência das mortes violenta de acordo com o tipo de causa. E por fim, realizou-se

uma análise das causas de morte estratificada por faixa etária, sexo, data do óbito (dia da semana, mês e ano).

A taxa de incidência geral ou para cada causa de morte violenta foi calculada usando como numerador o total do número de óbitos ou o respectivo número de óbitos e como denominador o total da população sob risco estimada usando-se os censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽²²⁾ e as estimativas intercensitárias, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus)⁽¹⁷⁾. Como o Datasus produziu dados até 2012, obtivemos os denominadores para os últimos dois anos do estudo usando estimativas da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/IBGE)⁽¹¹⁾. Todas as taxas de incidência foram expressas por 100.000 habitantes.

Todas as análises foram feitas utilizando o software STATA[®] versão 13. No presente estudo, não foi selecionada nenhuma amostra, em vez disso utilizou-se dados obtidos da população total. Conseqüentemente, todas as análises sobre diferenças e comparações feitas no universo desses resultados prescindem da realização de testes de significância estatística⁽²³⁾.

4.4 Considerações sobre aspectos éticos

O estudo foi conduzido de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santo Antônio – Obras Sociais Irmã Dulce.

(CAAE#: 74315317.6.0000.0047; Número do Parecer: 2.290.046).

5 RESULTADOS

No total, foram revisados 9.607 registros de óbitos por causa violenta em indivíduos com idade igual ou menor a 19 anos na região metropolitana de Salvador no período de 1998 a 2014. A maior parte dos óbitos, 8.302 (86%), ocorreu no sexo masculino. Entre as crianças e adolescentes do sexo masculino a causa mais comum de morte violenta foi homicídio, responsável por aproximadamente três quartos dos óbitos (74%), seguido em frequência muito menor por afogamento (7%), atropelamento (6%), acidente de automóvel (3%) e queimaduras (3%). Homicídio também foi a principal causa de morte violenta no sexo feminino, acometendo cerca de um terço das meninas e adolescentes (34%), seguido por atropelamento (14%), acidente de automóvel (11%), queimadura (11%) e afogamento. (Figura 1)

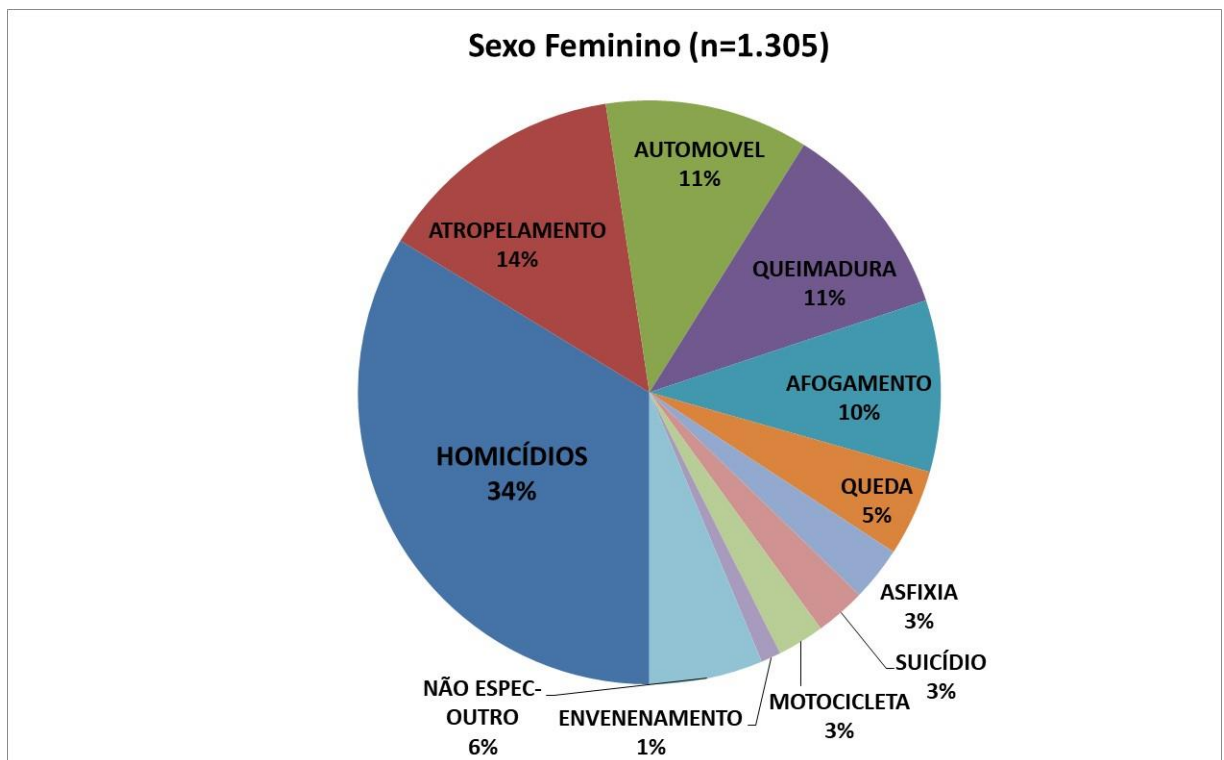
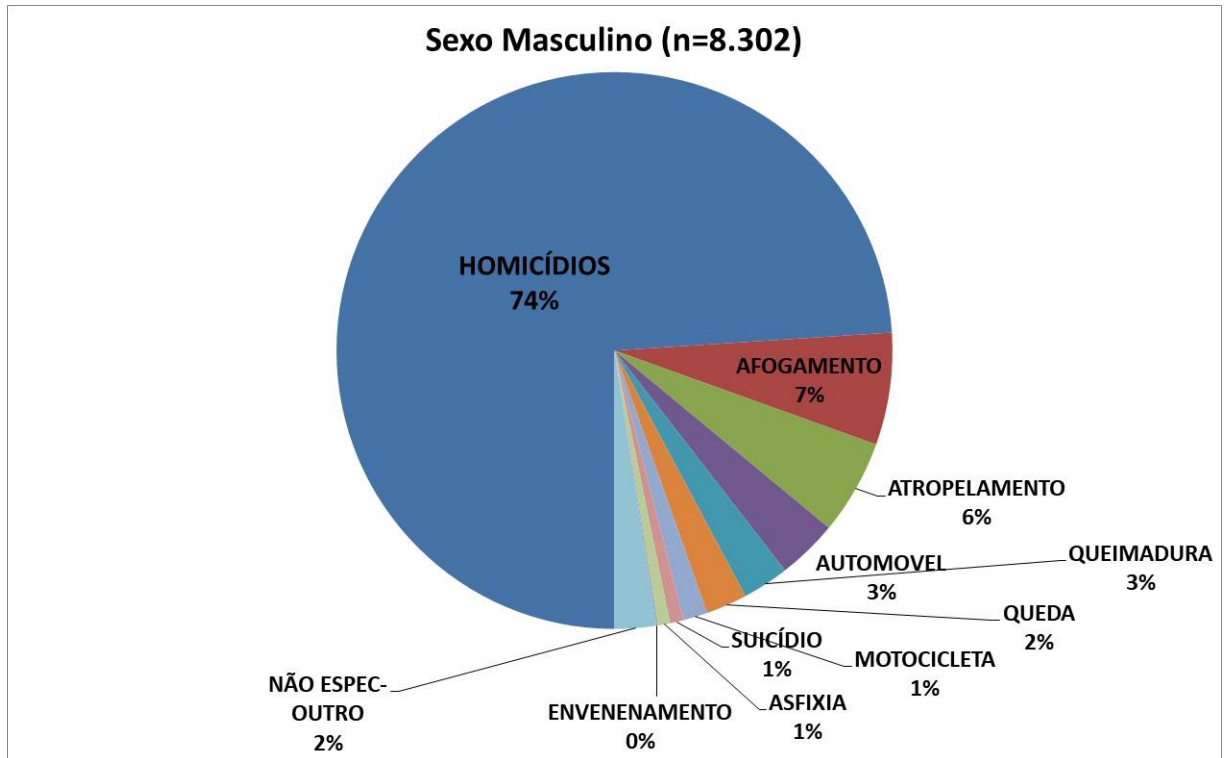


Figura 1 - Distribuição da frequência (%) das causas de mortes violentas em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=9.607).

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Do total dos óbitos revisados, havia registro da cor/raça em apenas 5.869 (61%). A cor/raça predominante foi faioderma (parda) reportada em 91,6% desses casos, seguido de melanoderma (preta) e leucoderma (branca) em 6,0% e 2,4%, respectivamente. A distribuição de cor/raça foi semelhante quando analisada de acordo com as diferentes causas de morte violenta (Figura 2).

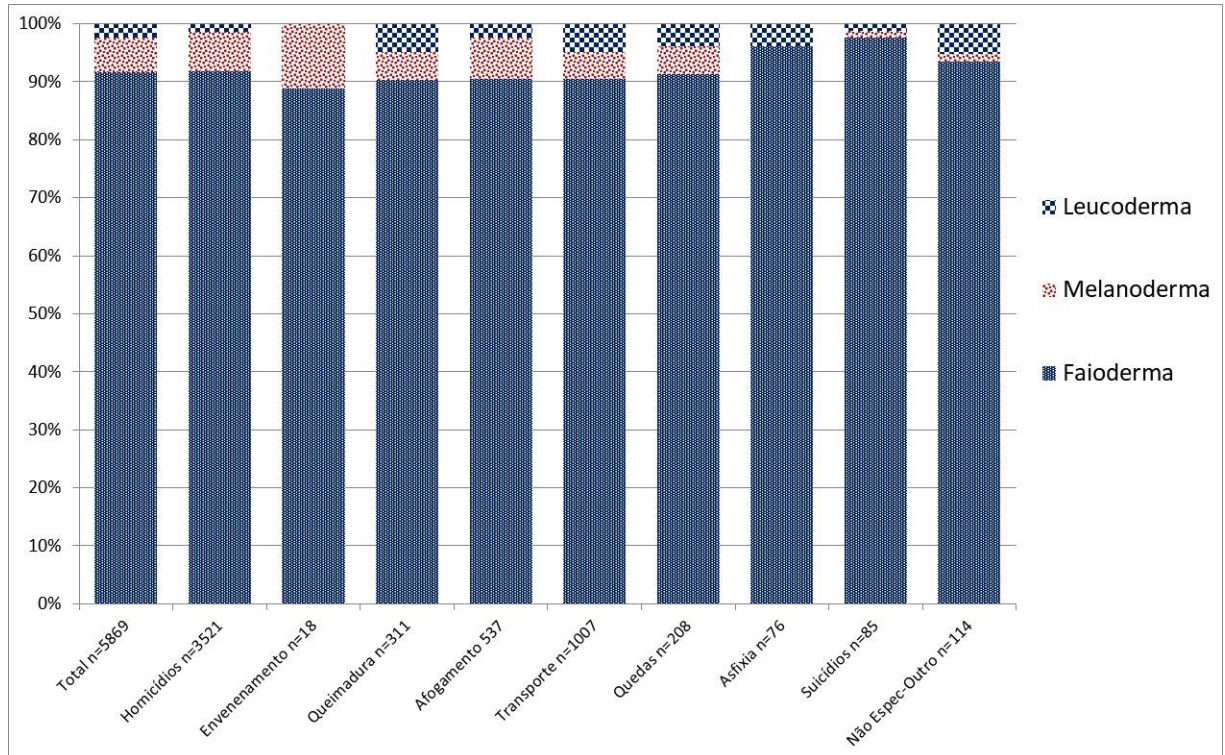


Figura 2 - Distribuição da frequência (%) da cor/raça por causa de morte violenta em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=5.869).

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A Tabela 1 apresenta a distribuição da frequência das causas de morte violenta por subcategoria e sexo. A maioria dos homicídios foi causado por projétil de arma de fogo (PAF) (90%), seguido em frequência muito menor por óbitos causados por arma branca (5%). Nos homicídios predominou o sexo masculino (93,3%), a razão entre homicídios no sexo masculino e feminino foi de 14.

As mortes por acidentes de transporte ocuparam o segundo lugar em frequência, aproximadamente metade foram causadas por atropelamento (49,9%), um terço por acidente de automóvel (34%) e 11,6% por acidentes de motocicleta. Observou-se também que os óbitos acometeram mais o sexo masculino (70,7%) do que o sexo feminino (29,3%), numa razão de 2,4:1.

Afogamento foi a terceira categoria mais frequente de causa de morte violenta. Em quase metade desses óbitos não havia informação suficiente para classificar o tipo/local (49,3%), nos demais pode-se determinar que predominou em águas naturais (47,1%) em relação aos em piscina (3,6%). Os óbitos por afogamentos atingiram mais os indivíduos do sexo masculino (81,3%) do que do sexo feminino (18,7%), numa razão de 4,4:1.

A maioria dos óbitos por queimadura foram de etiologia térmica por calor (48,4%). Em grande parcela das mortes por queda, não foi especificada as circunstâncias (63,7%). A forma de morte por suicídio mais comum foi através do enforcamento (41,3% dos casos). Aproximadamente metade das mortes por asfixia também foi classificada como não especificada. Em todas as causas de morte violenta, óbitos foram mais frequentes no sexo masculino, exceto em relação a morte por envenenamento, onde predominou o sexo feminino (62,5%).

Tabela 1 - Distribuição da frequência das causas de morte violenta por subcategoria e sexo em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=9.665).

Causas e subcategorias	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	n	(%) ¹	n	(%) ²	n	(%) ²
<u>Homicídios</u>						
Projétil de arma de fogo (PAF)	5917	90.0	5576	94,2	341	5,8
Arma branca	329	5.0	281	85,4	48	14,6
Agressão	108	1.6	93	86,1	15	13,9
Asfixia	60	0.9	47	78,3	13	21,7
Intervenção legal	33	0.5	33	100,0	0	0,0
Não especificado-Outro	126	1.9	103	81,7	23	18,3
Total	6573	100	6133	93.3	440	6.7
<u>Transporte</u>						
Atropelamento	639	49.9	458	71.7	181	28.3
Automóvel	435	34.0	287	66	148	34
Motocicleta	149	11.6	115	77.2	34	22.8
Não especificado/Outros	58	4.5	46	79.3	12	20.7
Total	1281	100	906	70.7	375	29.3
<u>Afogamento</u>						
Águas naturais	313	47.1	260	83.1	53	16.9
Piscina	24	3.6	14	58.3	10	41.7
Não especificado/Outros	327	49.3	266	81.3	61	18.7
Total	664	100	540	81.3	124	18.7
<u>Queimadura</u>						
Térmica (calor)	181	48.4	112	61.9	67	37.0
Elétrica	64	17.1	60	93.8	4	6.3
Queimadura não especific. - outros	129	34.5	56	43.4	73	56.6
Total	372	100.0	228	61.0	144	38.5
<u>Quedas</u>						
Altura	87	33.2	73	83.9	14	16.1
Própria altura	8	3.1	5	62.5	3	37.5
Queda não especific. - outros	167	63.7	121	72.5	45	26.9
Total	261	100	199	76.0	62	23.7

Tabela 1 - Distribuição da frequência das causas de morte violenta por subcategoria e sexo em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos (n=9.665). (Continuação)

Suicídio

Enforcamento	43	41.3	34	79,1	9	20,9
Queda	20	19.2	11	55,0	9	45,0
Envenenamento	19	18.3	8	42,1	11	57,9
PAF	13	12.5	12	92,3	1	7,7
Não especificado - outros	9	8.7	3	33,3	6	66,7
Total	104	100	68	65.4	36	34.6

Asfixia

Vômito-conteúdo gástrico	22	21.8	14	63.6	8	36.4
Corpo estranho	20	19.8	14	70.0	6	30.0
Alimento	7	6.9	4	57.1	3	42.9
Não especificada/Outro	52	51.5	30	57.8	22	42.2
Total	101	100	62	61.4	39	38.6

Envenenamento

Produto químico	16	66.7	5	31.3	11	68.8
Animal peçonhento	4	16.7	3	75.0	1	25.0
Não especificado/Outro	4	16.7	1	25.0	3	75.0
Total	24	100	9	37.5	15	62.5

Não especificado/Outros

	285	100	203	71,2	82	28,8
--	-----	-----	-----	------	----	------

¹ Percentual da coluna (total geral).

² Percentual da linha (total do tipo de acidente).

Fonte: Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.

A Figura 3 mostra a distribuição do número de homicídios de acordo com idade e sexo. Até os 11 anos de idade, o número de homicídios é relativamente pequeno em ambos os sexos, a partir dos 12 anos, há um aumento progressivo do número de homicídios no sexo masculino comparado a uma elevação discreta no sexo feminino. Em indivíduos com 18 a 19 anos, o número de homicídios é mais de 20 vezes maior no sexo masculino do que no feminino (Figura 3).

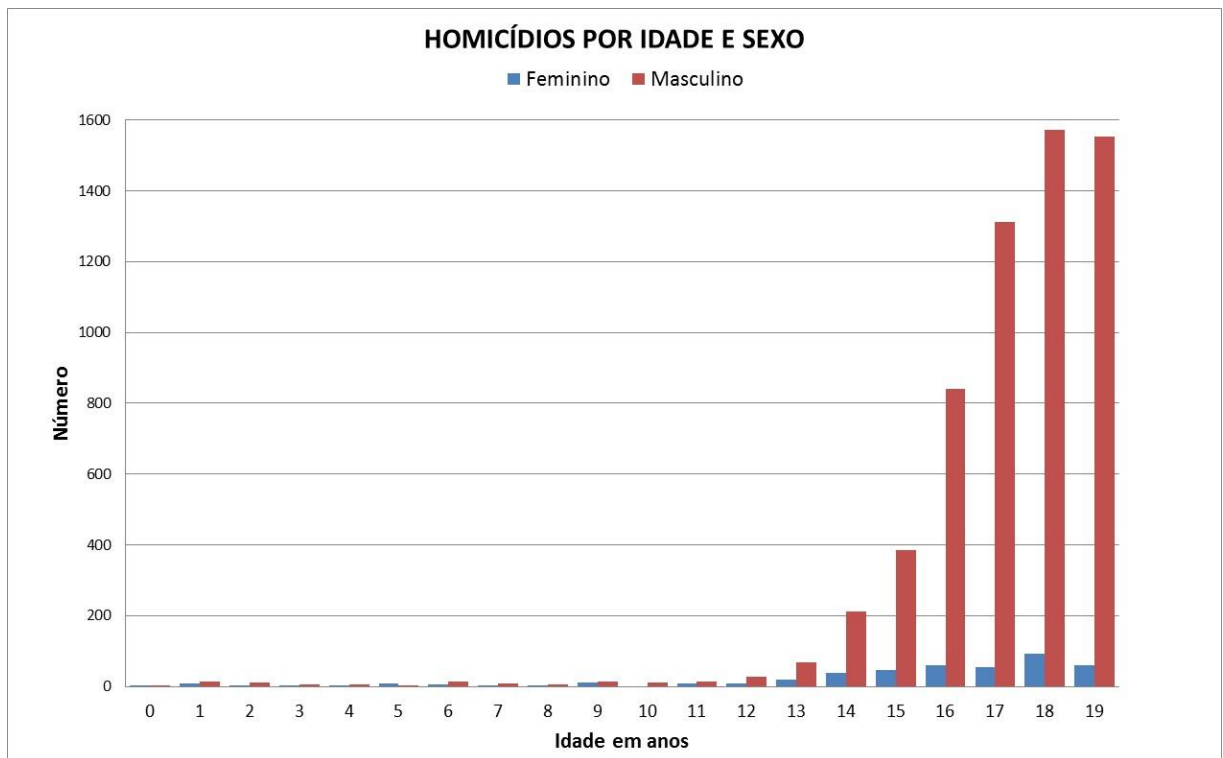


Figura 3 - Distribuição do número de homicídios de acordo com idade e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos (n=6.524).

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A Figura 4 apresenta a distribuição do número de homicídios de acordo com o dia da semana e sexo. Os homicídios acontecem mais nos dias do final da semana, domingo seguido do sábado, em ambos os sexos.

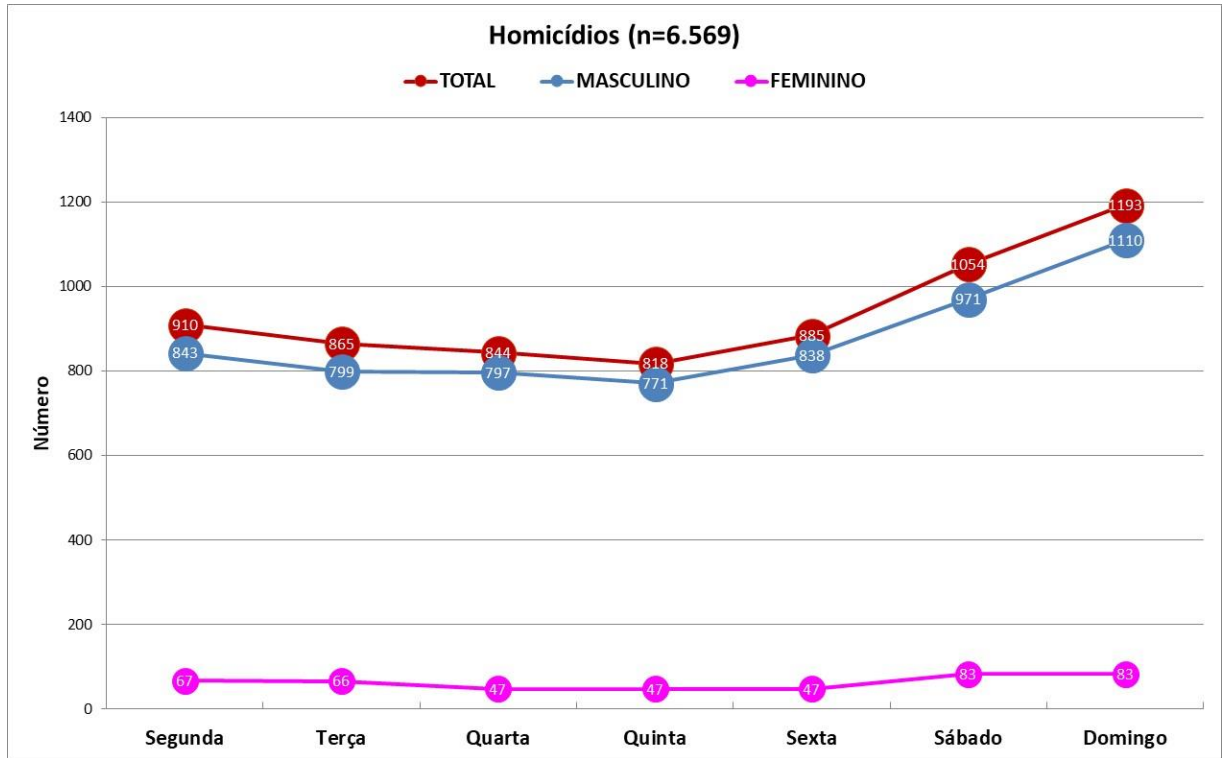


Figura 4 - Distribuição do número de homicídios por dia da semana e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Em relação a distribuição dos homicídios por mês do ano, observa-se que os homicídios são mais frequentes nos meses de dezembro, janeiro e março. Essa sazonalidade foi menos marcante no sexo feminino (Figura 5).

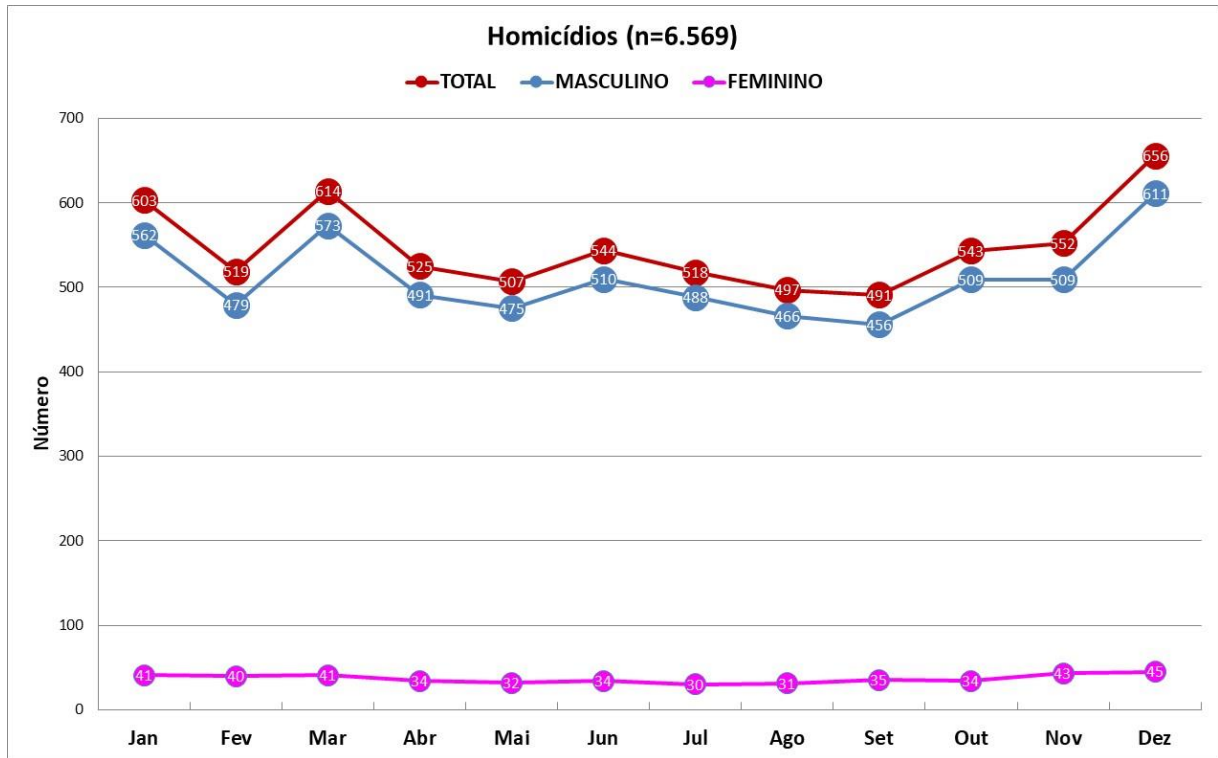


Figura 5 - Distribuição do número de homicídios por mês do ano e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A Figura 6 mostra a distribuição do número de homicídios de acordo com o ano do período de estudo. O número de homicídios decresceu entre os anos de 1998 a 2003 e triplicou entre 2003 e 2009, oscilando nos últimos anos do estudo, contudo sem retornar aos patamares anteriores.

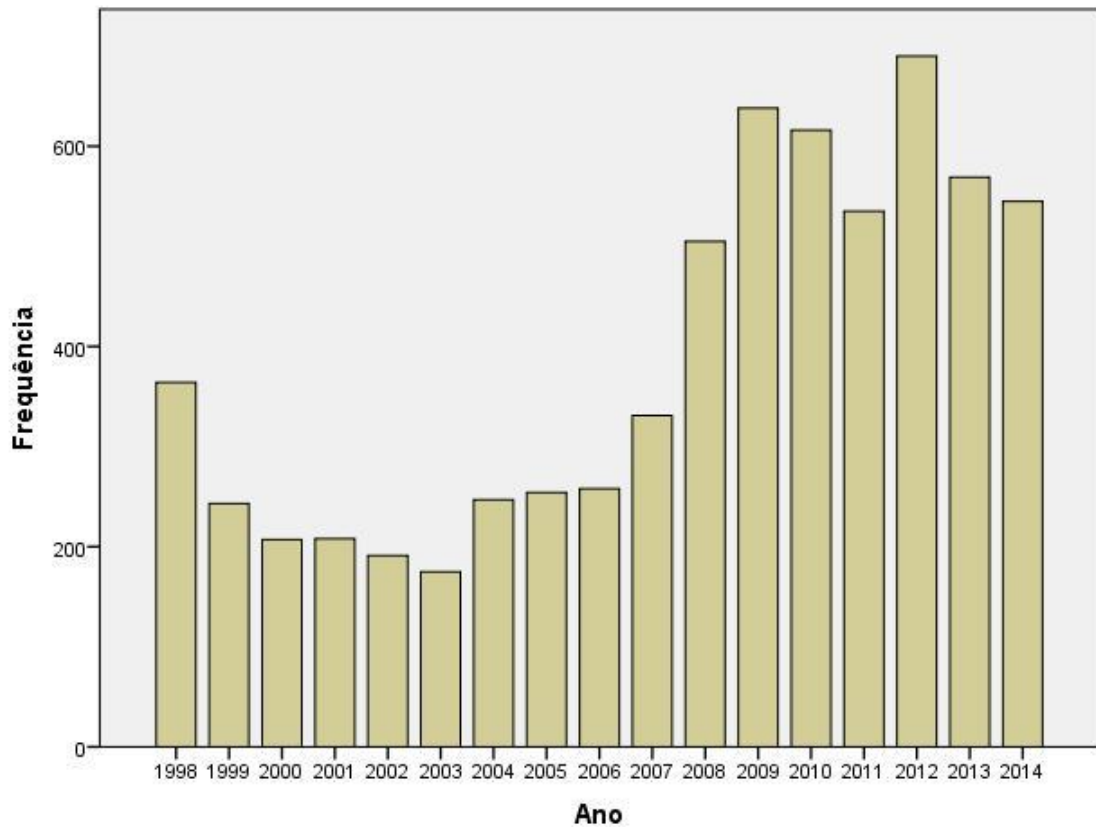


Figura 6 - Distribuição do número de homicídios (n=6.576) em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A incidência anual média de homicídios no sexo masculino durante o primeiro período (1998-2006) foi de 34,6 por 100 mil habitantes, aumentando para 83,9 por 100 mil habitantes no segundo período (2007-2014) incremento de 142,5%. No sexo feminino, as taxas de homicídios também aumentaram, passando de 2,6 para 4,7 por 100 mil habitantes, um aumento de 80,8 % (Tabela 2)

Tabela 2 - Incidência de homicídios (por 100 mil hab.) de acordo com idade e sexo na região metropolitana de Salvador.

Faixa etária (em anos)	Incidência de homicídios ¹ (1998-2006)			Incidência de homicídios ¹ (2007-2014)		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	1,4	0,9	1,1	2,0	0,5	1,2
5 a 9	2,2	1,5	1,8	1,6	0,5	1,0
10 a 14	7,2	1,7	4,2	19,0	3,1	10,4
15 a 19	115,5	5,6	56,2	282,9	13,2	137,3
Total	34,6	2,6	17,4	83,9	4,7	41,4

¹ Incidência média anual durante o período.

Fonte: Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.

Com relação a distribuição do número de suicídios de acordo com a idade e o sexo até os 11 anos de idade, praticamente não ocorreram suicídios, a partir dos 12 anos, há um aumento do número de homicídios em ambos os sexos. Nos indivíduos com 16 a 19 anos, o número de homicídios no sexo masculino atinge quase o dobro do observado no feminino (Figura 7).

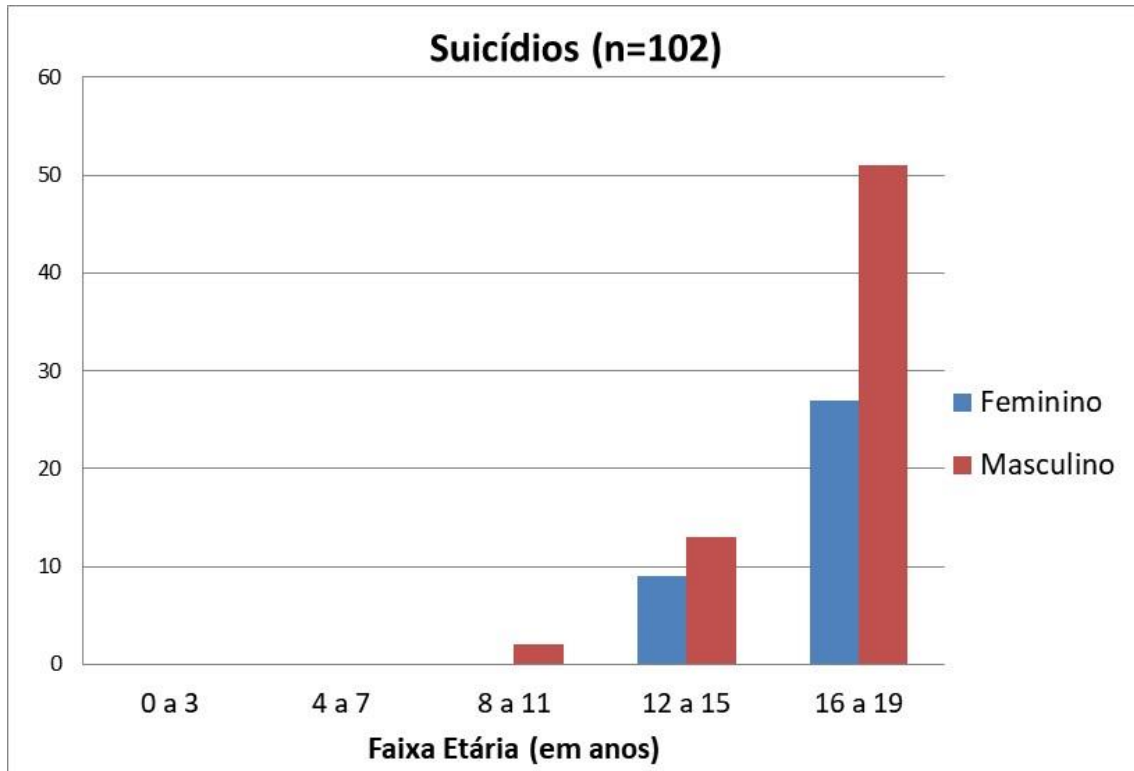


Figura 7 - Distribuição do número de suicídios de acordo com a idade e o sexo em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A distribuição do número de suicídios de acordo com o dia da semana e o sexo, mostra que os suicídios não apresentam um padrão claro em ambos os sexos (Figura 8).

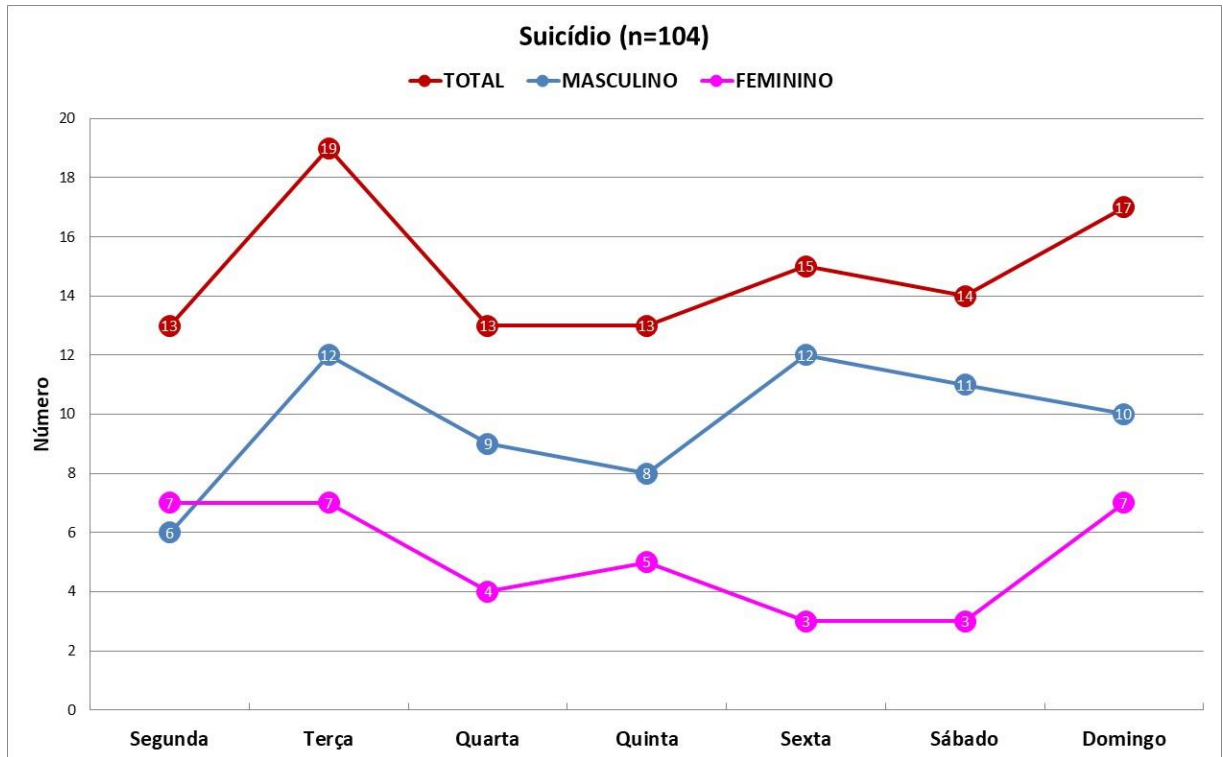


Figura 8 - Distribuição do número de suicídios por dia da semana e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Em relação a distribuição do número de suicídios pelos meses do ano, observa-se que os homicídios são mais comuns nos meses de dezembro e junho em pessoas do sexo masculino e feminino, respectivamente. Nos demais meses do ano, observa-se uma variação em ambos os sexos sem um padrão aparente (Figura 9).

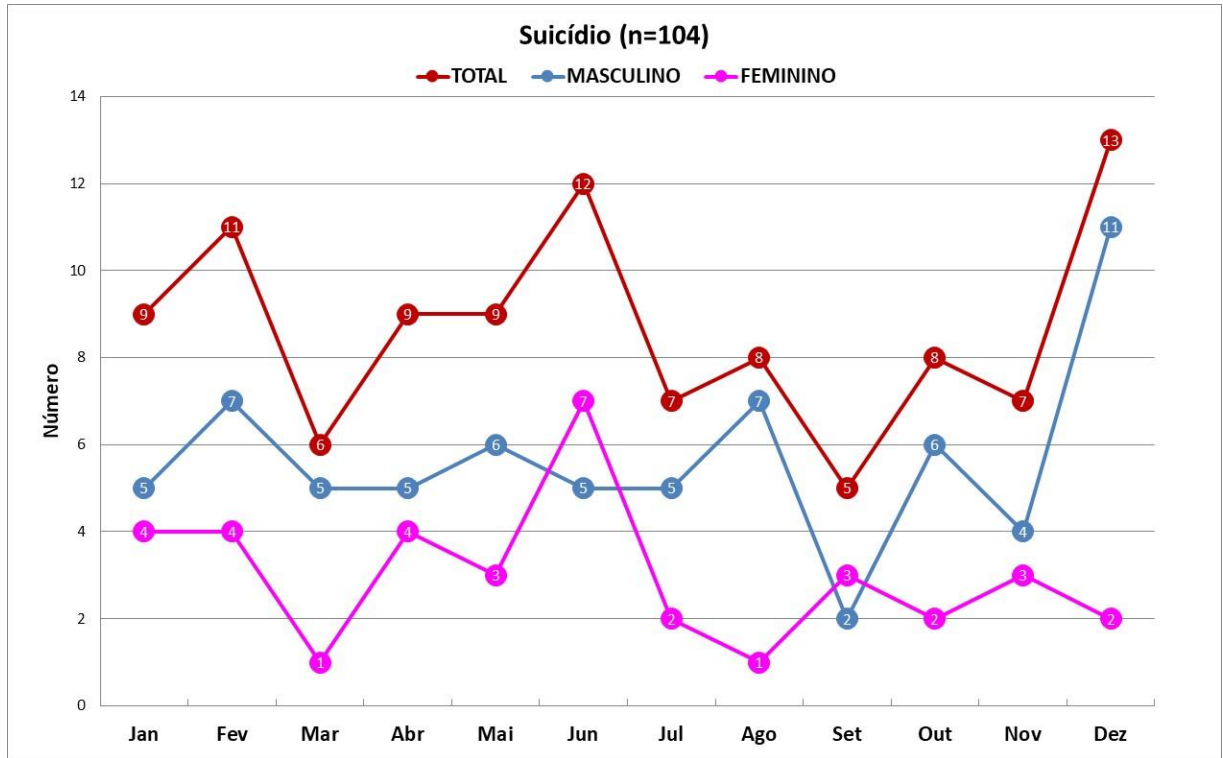


Figura 9 - Distribuição do número de suicídios por mês do ano e sexo em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A distribuição do número de suicídios de acordo com o ano do período de estudo variou nos primeiros anos, alcançando o número máximo em 2001. Depois diminuiu, sobretudo nos últimos anos do estudo (2008 a 2014), atingindo o menor valor em 2014. (Figura 10)

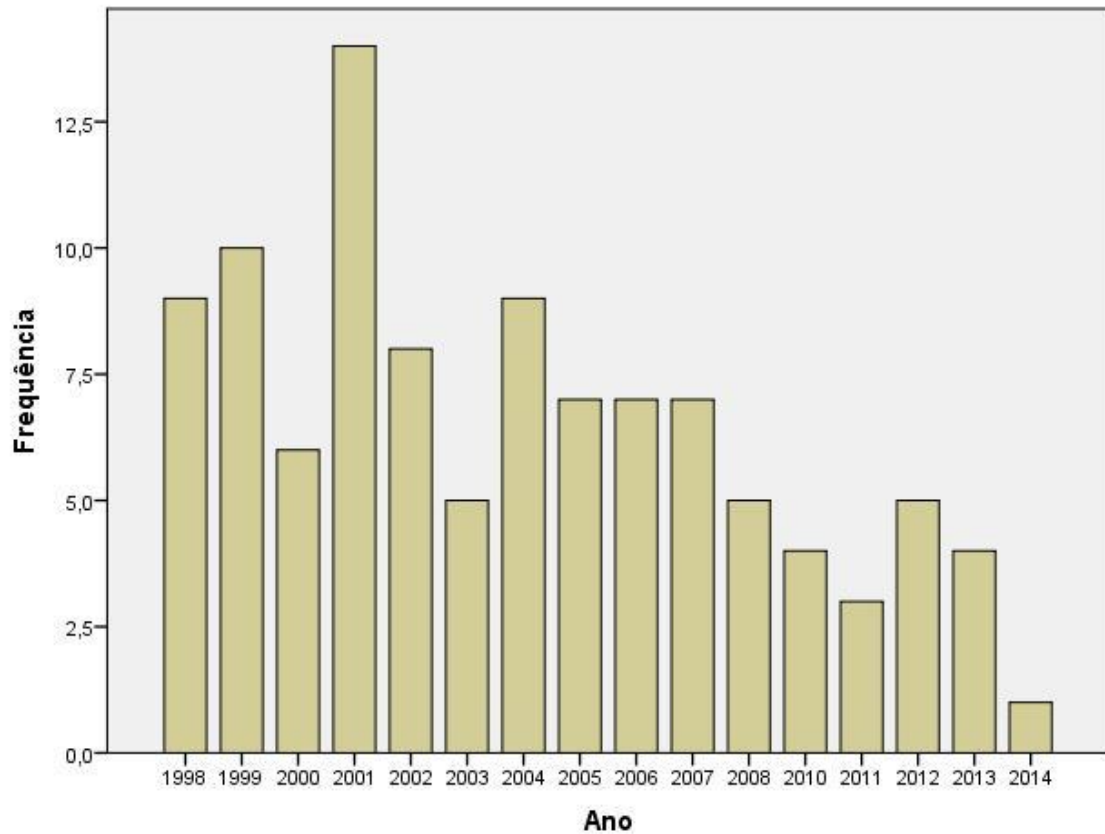
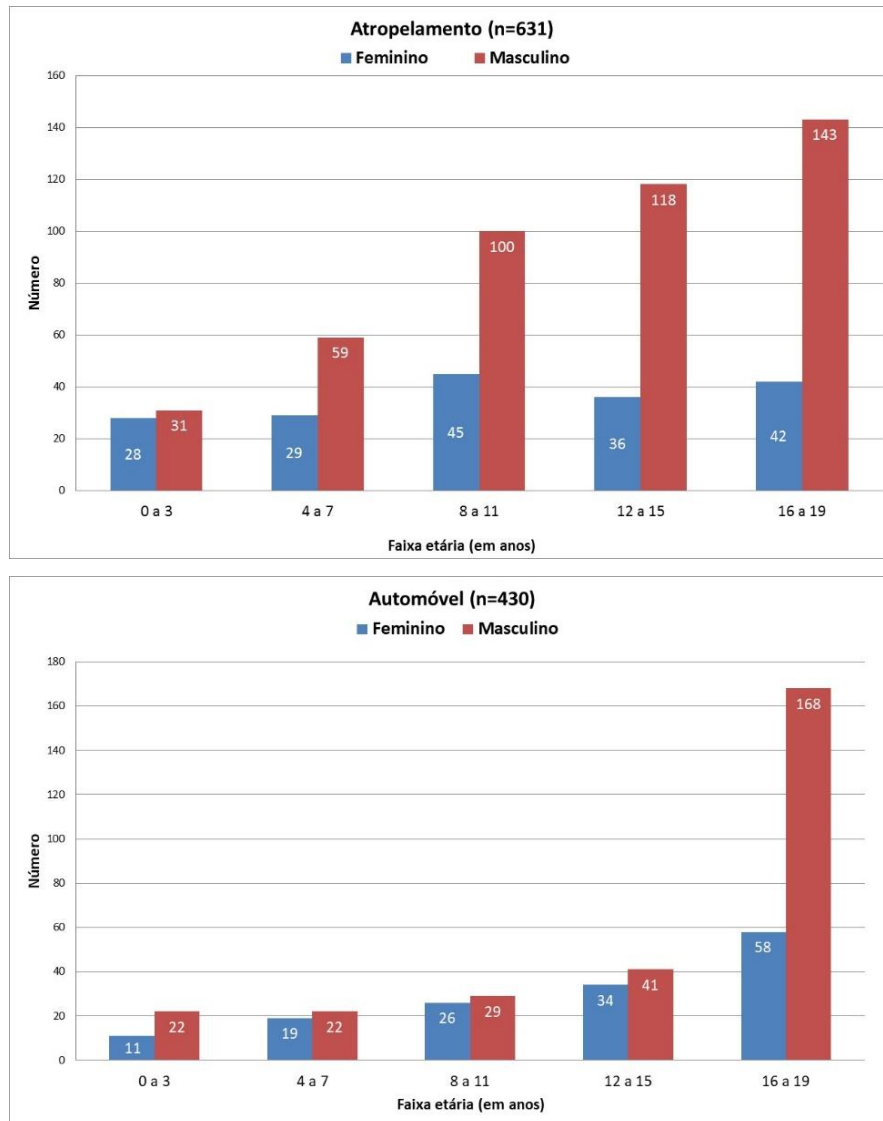


Figura 10 - Distribuição do número de suicídios (n=104) em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

De uma maneira geral, o número de óbitos por acidentes de transporte aumenta com a idade para todas as causas de morte por esta causa, tanto no sexo feminino como no masculino, exceto para atropelamentos no sexo feminino onde o número de óbitos cresce até a faixa de 8 a 11 anos e se estabiliza nas faixas etárias maiores (Figura 11).



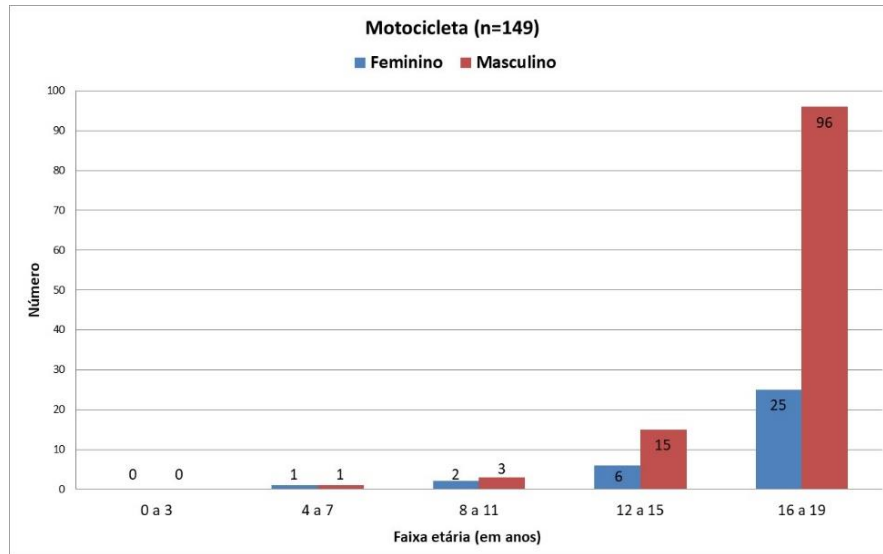


Figura 11 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte (atropelamento, automóvel e motocicleta) de acordo com a faixa etária e o sexo em indivíduos com 19 anos ou menos (n=1.210).

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte por dia da semana. No geral, os óbitos acontecem mais no domingo, sobretudo por conta das mortes causadas por atropelamento e acidentes de automóvel. Os óbitos por acidentes de motocicleta e os não-especificados estão mais distribuídos nos dias da semana. (Figura 12)

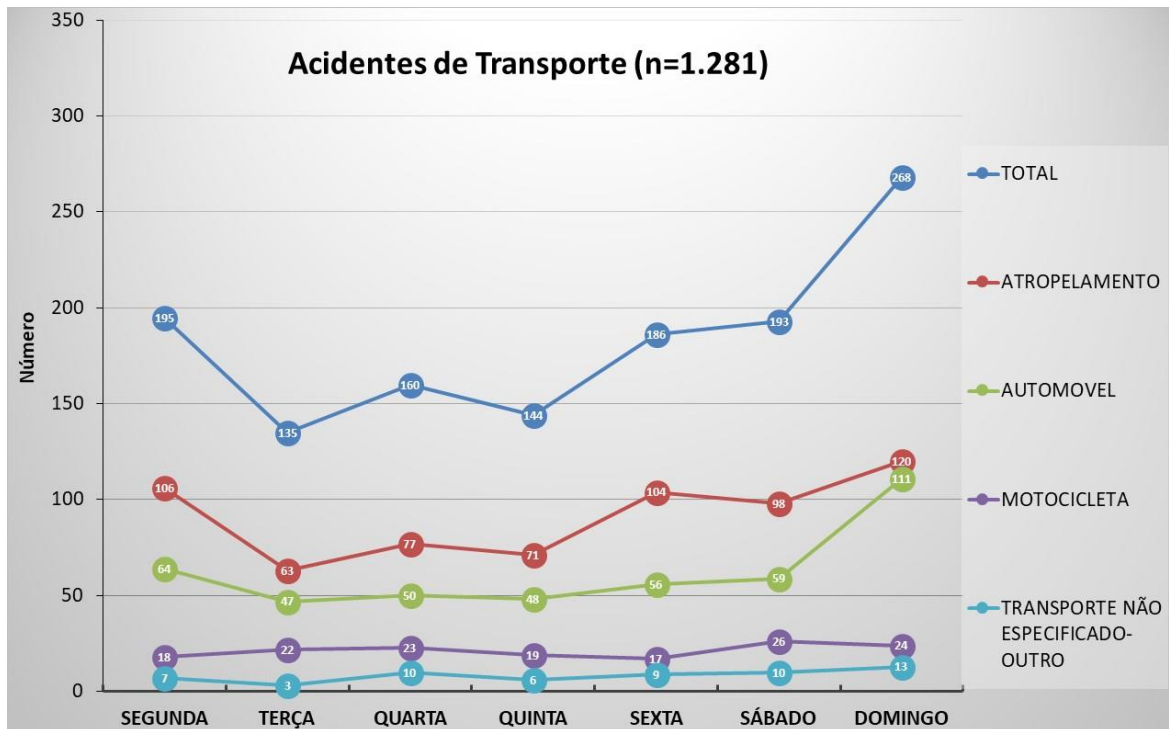


Figura 12 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte de acordo com o dia da semana em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Em relação à distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte pelos meses do ano, observa-se que esses óbitos ocorrem mais frequentemente no mês de dezembro, sendo menos comuns no mês de julho. A distribuição das causas específicas de morte violenta por acidentes de transporte é variável nos meses do ano sem uma sazonalidade aparente (Figura 13).

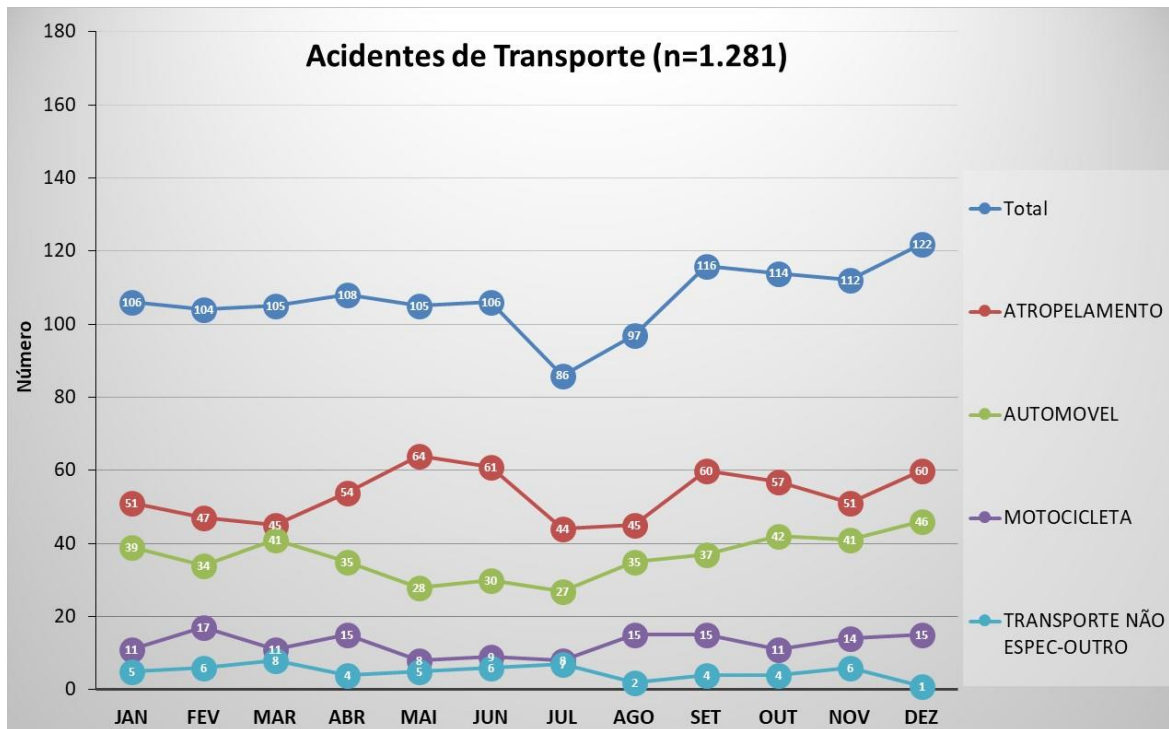


Figura 13 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte de acordo com o mês do ano em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte de acordo com o ano. O número de óbitos por atropelamento decresceu durante o período do estudo, enquanto as mortes por acidentes de automóvel estabilizaram-se após uma queda inicial mais pronunciada. O número de mortes por acidentes de motocicleta tem aumentado com algumas oscilações, tendo alcançado o maior valor no último ano do estudo (Figura14).

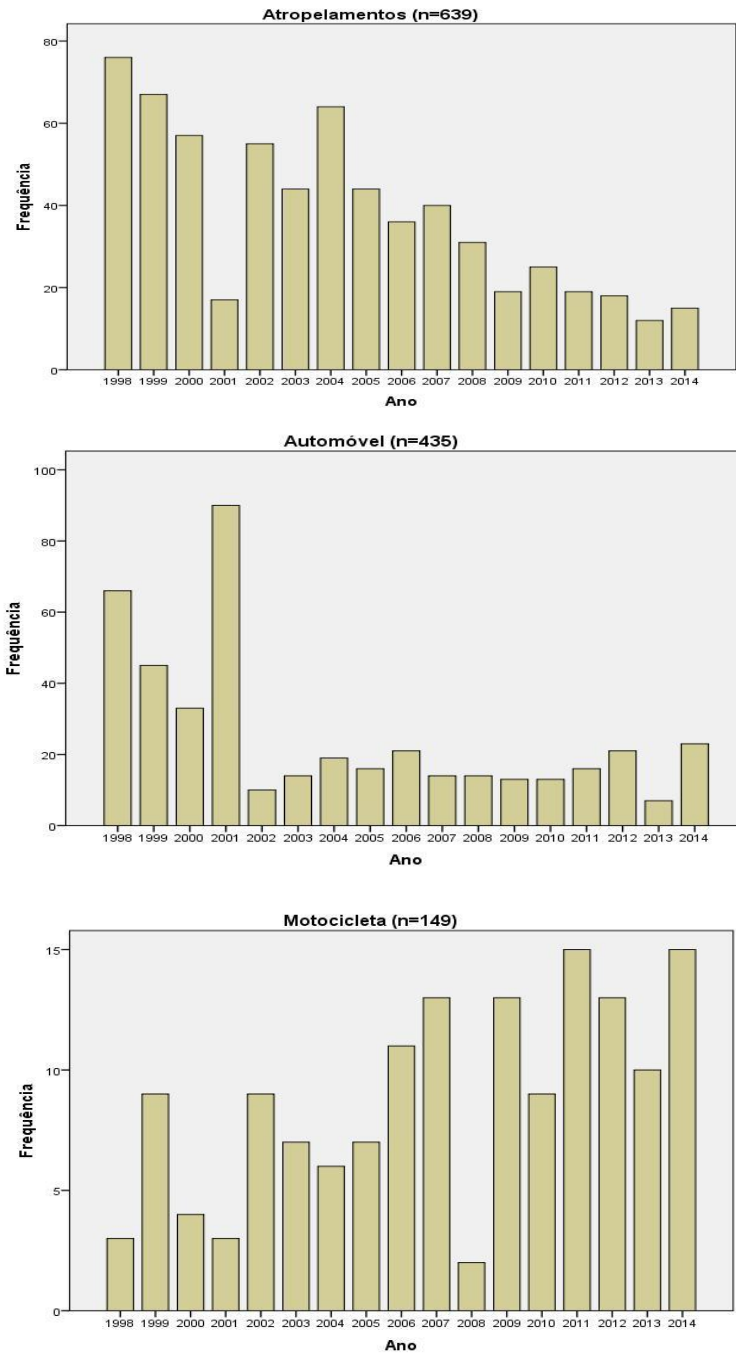


Figura 14 - Distribuição do número de mortes violentas por acidentes de transporte em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Os óbitos por afogamento aumentam com a idade e acometem mais o sexo masculino do que o feminino. Na faixa etária maior (16 a 19 anos), a razão entre o número de mortes em meninos comparado a meninas é de 14,6:1.

As mortes causadas por quedas e queimaduras têm uma distribuição em forma de “U” com maior número de óbitos nas faixas etárias nos extremos, mais jovens e mais velhos. Embora ambas acometam mais frequentemente o sexo masculino do que o feminino, a disparidade é maior nos casos de mortes causadas por queda.

O número de mortes causados por asfixia é maior na faixa etária mais jovem (0 a 3 anos) e é o único que diminui consistentemente com a idade em ambos os sexos. De maneira similar às outras causas, indivíduos do sexo masculino são mais acometidos, embora a diferença não ocorra em todas as idades. (Figura 15)

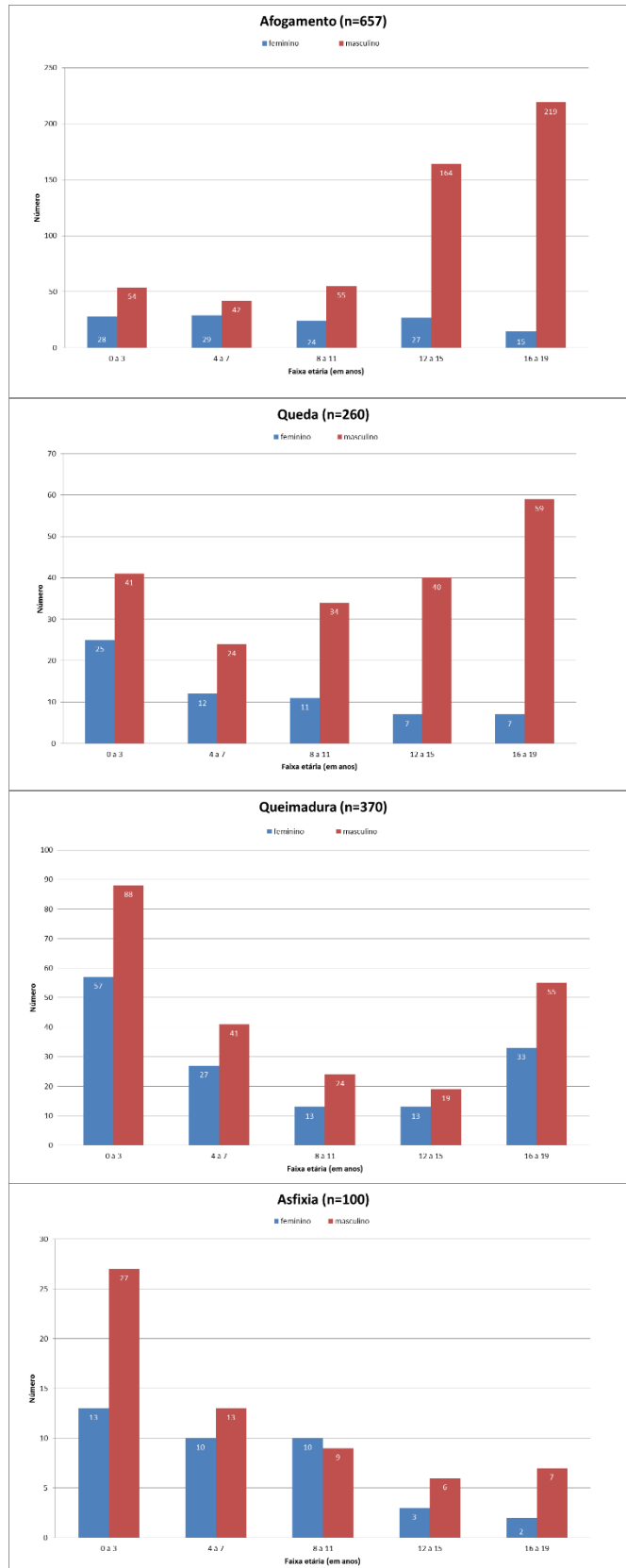


Figura 15 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com a faixa etária e o sexo em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos.

Fonte: Instituto de Medicina Legal Nina Rodrigues, 1998 a 2014.

Na distribuição do número de mortes violentas por outras acidentes de acordo com o dia da semana. No geral, os óbitos se distribuem ao longo da semana sem um padrão definido, exceto para aqueles causados por afogamento que ocorreram mais no final de semana, principalmente no domingo, mas também na segunda-feira. (Figura 16)

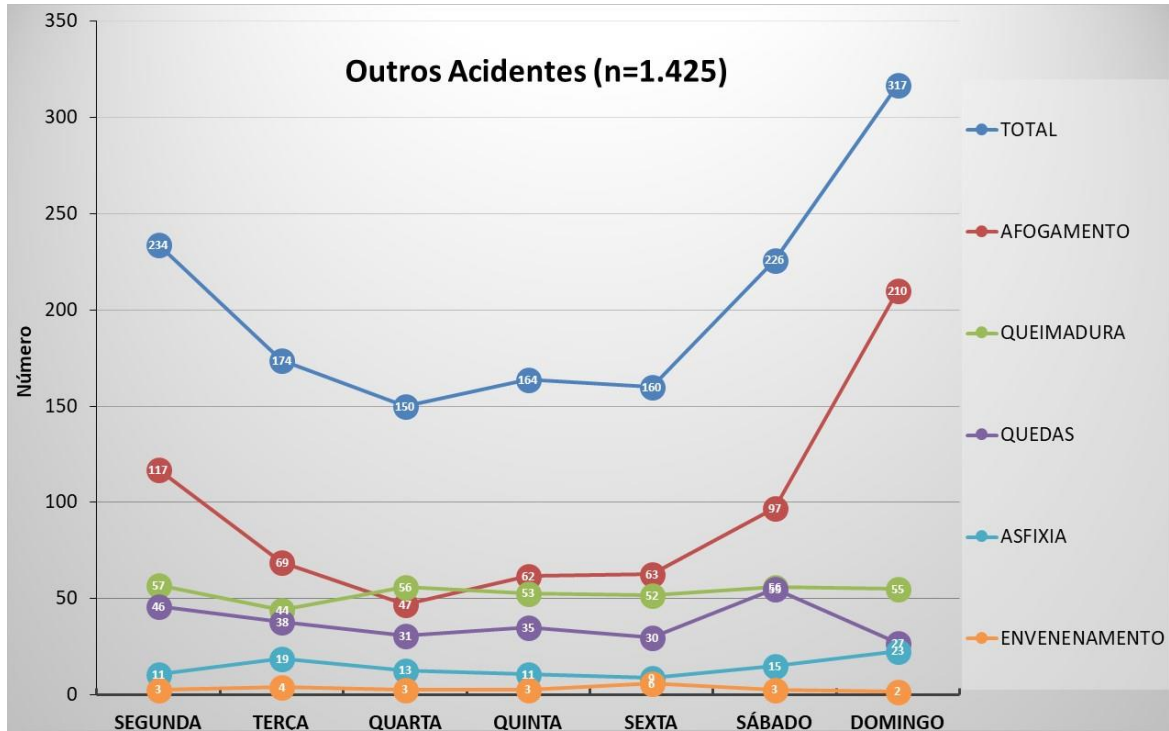


Figura 16 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com o dia da semana em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Na distribuição do número de mortes violentas por outras circunstâncias de lesões pelos meses do ano, nota-se que esses óbitos ocorreram mais frequentemente nos meses de janeiro, novembro e dezembro, sobretudo por conta das mortes por afogamento. A distribuição das causas específicas de morte violenta pelos demais tipos de acidentes foi variável nos meses do ano sem um padrão marcante. (Figura 17)

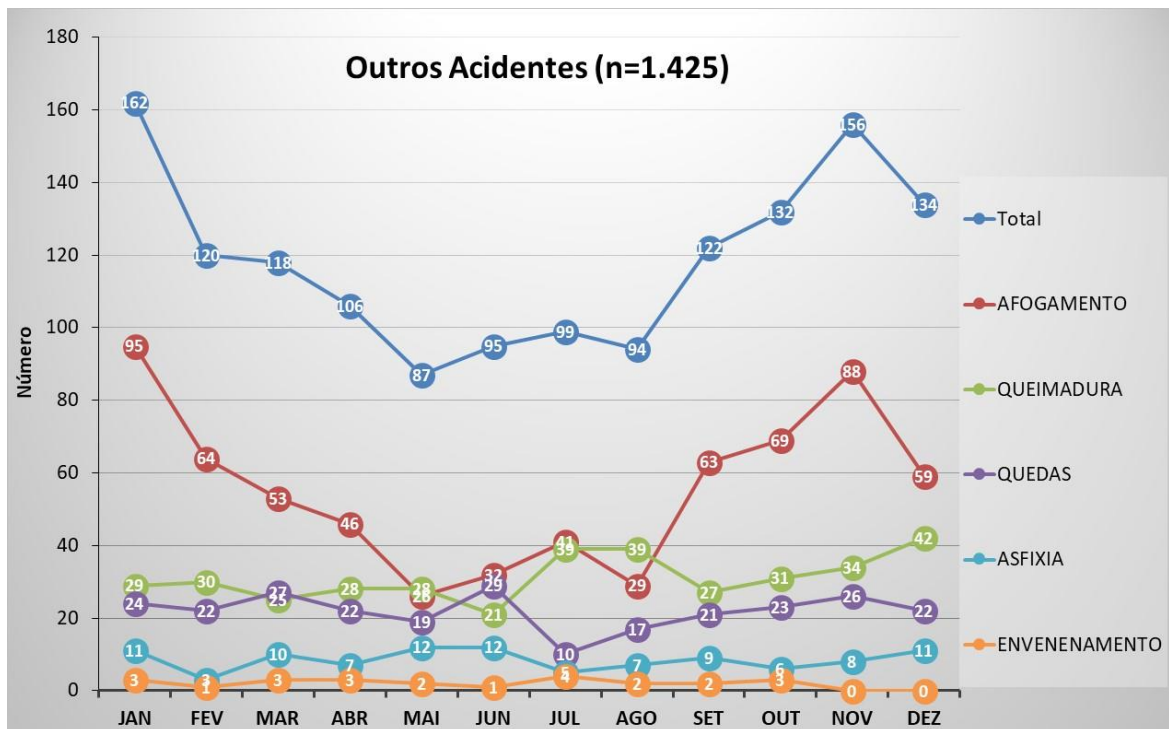


Figura 17 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com o mês do ano em indivíduos com idade menor ou igual a 19 anos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

A distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes de acordo com o ano, o número de óbitos por afogamento, queimadura e queda diminuiu ao longo de todo o período do estudo. (Figura 18)

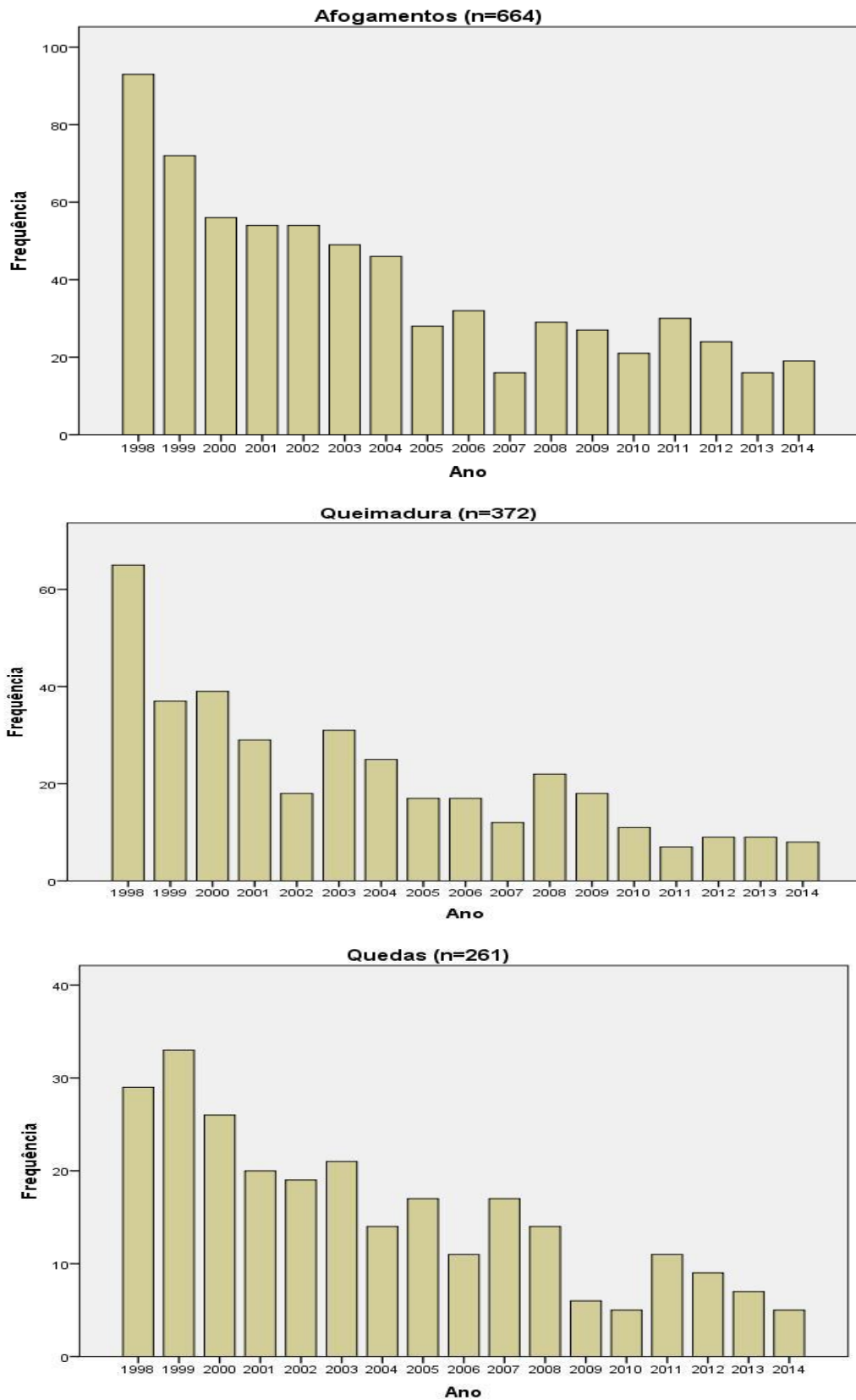


Figura 18 - Distribuição do número de mortes violentas por outros acidentes em indivíduos com 19 anos ou menos.

Fonte: Instituto Médico Legal Nina Rodrigues /DPT/SSP Ba.

Na comparação entre os Homicídios e os Acidentes quanto as variáveis Idade, Sexo, Cor de pele, Grau de instrução, e Alcoolemia.

A média da idade nos homicídios foi de 16,72 anos e nos acidentes foi de 12,82. Em relação ao sexo nos homicídios tivemos 93,54% do sexo masculino e nos acidentes 70,47%.

A Cor da pele Faiderma (pardo) predominou nos Homicídios com 91,55 % e também nos acidentes com 90,36%.

No item Grau de instrução o predomínio foi do primeiro grau com 72,98% nos Homicídios e 75,34% nos Acidentes.

Nos casos que foram dosadas a alcoolemia predominou a ausência de embriagues alcoólica tanto nos homicídios quanto nos Acidentes, com o percentual de 52,44% nos Homicídios e 54,54% nos Acidentes.

Vale salientar que em todos os resultados comparados verificou-se diferenças estatisticamente significantes com $p < 0,05$. (Tabela 3)

Tabela 3 - HOMICÍDIO Versus ACIDENTES

	Homicídio	Acidente	p
Idade			<0,01
n	4199	1054	
Média (dp)	16,72 (3,19)	12,82 (5,37)	
Sexo			<0,01
n	4247	1067	
Masculino	3969 (93,54%)	752 (70,47%)	
Feminino	278 (6,54%)	315 (29,54%)	
Cor da pele			<0,01
n	4169	1028	
Melanoderma	275 (6,59%)	50 (4,86%)	
Faioderma	3817 (91,55%)	929 (90,36%)	
Leucoderma	62 (1,48%)	48 (4,66%)	
Xantoderma	15 (0,35%)	1 (0,01%)	
Grau de instrução			<0,01
n	2484	288	
Analfabeto	81 (3,26%)	11 (3,82%)	
Fundamental	354 (14,25%)	21 (7,29%)	
Primeiro grau	1813 (72,98%)	217 (75,34%)	
Segundo grau	218 (8,77%)	34 (11,8%)	
Terceiro grau	18 (0,7%)	5 (1,73%)	
Álcool (n)			<0,01
n	143	33	
Sim	68 (47,55%)	15 (45,45%)	
Não	75 (52,44%)	18 (54,54%)	

6 DISCUSSÃO

Este estudo apresenta uma análise detalhada da distribuição das causas de mortes violentas em crianças e adolescentes na RMS durante quase duas décadas. Indivíduos do sexo masculino são afetados desproporcionalmente por quase todas as causas de morte violenta e essa disparidade se acentua progressivamente com o aumento da idade. Considerando a relevância dos óbitos por causa externa em saúde pública, o número de mortes violentas e as taxas de incidência encontradas na população de crianças e adolescentes da RMS demonstram a gravidade do problema, indicando a necessidade urgente de priorizar estratégias de controle e prevenção desse tipo de agravo.

A principal causa de morte violenta no nosso estudo foi homicídio, responsável por 68,4% do total (3 de cada 4 óbitos no sexo masculino e 1 de cada 3 no feminino). Essas proporções são alarmantes, sobretudo em se tratando de população composta de crianças e adolescentes. Numa revisão utilizando dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) para o ano 2000, os homicídios também lideravam a mortalidade por causas externas, mas correspondendo a 38,3% do total das mortes na população do Brasil⁽¹⁸⁾.

Em outro estudo realizado em Salvador com dados de 1991⁽¹⁵⁾ a incidência de homicídios na população geral foi de 32,2/100 mil, aumentando na faixa etária de 15 a 19 anos para 58,9/100 mil. Esse coeficiente é semelhante ao observado na mesma faixa etária no início do nosso estudo entre 1998 e 2006 (56,2/100 mil), mas é menos da metade da taxa observada no período de 2007 a 2014 (137,3/100 mil)⁽⁹⁾.

Dados publicados mais recentemente indicam que a Bahia é o 7^o estado em assassinatos de crianças e adolescentes, com 27 homicídios por 100 mil habitantes em 2015⁽²⁴⁾. Esse coeficiente está acima da média nacional de 18,1/100 mil, próximo da média nordestina de 25,7/100 mil e abaixo da incidência de 41,4/110 mil no período final do nosso estudo (2007 a 2014). A incidência de homicídios em crianças e adolescentes na RMS é praticamente igual a de Alagoas (41,8/100 mil), estado com a maior taxa na região nordeste para crianças e adolescentes.

No Brasil, a incidência de homicídios na população na faixa de 0 a 19 anos de idade cresceu de forma impressionante de 1980 a 2014, passando de 3,1 para 18,1 por 100 mil habitantes (aumento de quase 5 vezes)⁽¹⁾. Na RMS, a incidência de homicídios entre 1998 e 2006 (17,4/100 mil) já estava no mesmo patamar elevado observado no Brasil, não obstante, aumentou mais do que o dobro nos últimos anos (2007 e 2014), atingindo 41,4/100 mil. Portanto, ultrapassando a taxa de 30,3 mortes para cada 100 mil habitantes reportada recentemente no Atlas da Violência 2018, produzido pelo Ipea e pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública⁽⁷⁾.

Internacionalmente, considera-se que taxas de homicídios acima de 12/100 mil habitantes indicam uma epidemia de violência e um problema grave de saúde pública. Embora a incidência de homicídios na RMS estivesse abaixo desse limiar em crianças e adolescentes do sexo feminino (4,7/100 mil), na faixa etária de 15 a 19 anos a taxa alcançada nos anos de 2007 a 2014 (13,2/100 mil) sugere uma epidemia de violência também entre as meninas já a partir dessa idade. A situação é mais grave ainda no sexo masculino onde a incidência de homicídios na faixa etária de 15 a 19 anos (137,3/100 mil) foi dez vezes maior do que o limite para que se considere uma epidemia de violência⁽²⁵⁾.

No Brasil, 92% das vítimas de homicídio entre 0 e 19 anos pertencem ao sexo masculino, passando a 95% a partir dos 17 anos⁽¹⁰⁾. Nosso estudo mostrou distribuição semelhante, 93,3% dos homicídios ocorreram no sexo masculino.

Em relação a raça/cor de pele, o número de crianças e adolescentes do somatório de pretos + pardos, assassinados no Brasil é três vezes maior do que o de brancos, considerando o tamanho relativo das respectivas populações⁽¹⁸⁾. Quase todos os homicídios na RMS ocorreram em indivíduos da raça/cor de pele preto/pardo, somente 1,4% foram em brancos. Diferentemente do que se esperaria, considerando que 17,2% da população de 0 a 19 anos na RMS é branca⁽²⁶⁾. A razão entre o número de assassinatos em crianças e adolescentes da cor preta/parda e da cor branca na RMS foi de 70, comparado a 20 e 15 nos estados de Piauí e Alagoas, respectivamente⁽¹⁸⁾.

No começo da década de 1980 a proporção de homicídios com o uso da arma de fogo no Brasil era aproximadamente de 40%, semelhante ao percentual observado em países vizinhos como Chile e Uruguai (37,3% e 46,5%, respectivamente)⁽⁹⁾.

Esse índice cresceu ininterruptamente até 2003, quando foi sancionado o Estatuto do Desarmamento e atingiu o patamar de 71,1%, ficando estável até 2016. Na RMS, o percentual dos homicídios perpetrados com arma de fogo (90%) foi maior do que a média nacional e semelhante ao observado na região nordeste (86,5%)⁽⁷⁾. A maior difusão de armas de fogo está associada ao aumento da violência letal. O crescimento dos homicídios no Brasil país ao longo das três últimas décadas e meia foi basicamente devido às mortes com o uso das armas de fogo, enquanto que a incidência das mortes por outros meios permaneceu praticamente constante desde o início dos anos 1990⁽⁹⁾.

Muitas crianças entram para o tráfico de drogas porque não têm muitas outras opções – economicamente, educacionalmente, em termos de proteção e status. Uma vez que entram, diminui ainda mais o leque de opções disponíveis para fornecer a mesma segurança, status e recursos. A pronta disponibilidade de armas leves e automáticas tem permitido que as crianças se envolvam numa idade cada vez menor em relação ao que era possível anteriormente, e que usem força letal comparável à de adultos. Ao mesmo tempo, a preocupação internacional para impedir que crianças sejam usadas como soldados não está baseada somente na necessidade de proteger as crianças da exposição aos ferimentos e mortes. Também reconhece que as crianças são diferentes dos adultos porque ainda se encontram em estágio de desenvolvimento – mental, emocional e físico. Doutriná-los na violência, encorajando-os a matar e ferir os outros, cometer estupro ou tortura, distorce o processo de desenvolvimento. Isto afeta a criança individualmente, é claro, mas também tem um impacto no futuro da comunidade e da sociedade em geral⁽²⁶⁾.

O número de suicídios foi relativamente pequeno comparado ao número de óbitos por outras causas, conforme esperado para a faixa etária da população estudada⁽²⁴⁾. Ao longo do período avaliado (1998 a 2014), houve uma redução continuada do

número de suicídios, as razões para essa diminuição podem ser inúmeras e não foi possível identificá-las no presente estudo⁽²⁴⁾.

As mortes por acidente de transporte também foram mais comuns no sexo masculino, onde o número de óbitos aumenta continuamente com a idade, enquanto no sexo feminino a frequência é mais estável ao longo da faixa etária estudada. Essa distribuição sugere um risco crescente no sexo masculino e difere de estudos prévios onde a incidência de atropelamentos atinge um pico na infância e diminui nos adultos jovens⁽⁹⁾. A principal causa de óbito por acidentes de transporte foi atropelamento, os acidentes fatais como ocupantes de automóveis ou motocicletas só se tornam mais frequentes a partir dos 18 anos, possivelmente pelo fato de que na nossa legislação se obtém habilitação para dirigir esses veículos a partir dessa idade. Os óbitos por acidente de transporte, especialmente os causados por atropelamento e acidentes de automóveis, ocorrem mais nos dias de final de semana, possivelmente por conta da maior frequência de atividades recreativas e consumo de álcool, comparado aos dias de semana⁽²⁾. O número de mortes por atropelamento diminuiu continuamente no período do estudo, enquanto o número de óbitos causados por acidentes com automóveis reduziu-se no início e tornou-se estável nos últimos anos do estudo. As mudanças na legislação do trânsito e as políticas de controle/prevenção de acidentes automobilísticos durante o período do estudo podem ter sido responsáveis pela diminuição desses acidentes, assim como da fatalidade deles. Entretanto, o número de óbitos causado por acidentes com motocicleta não diminuiu, ao contrário aumentou, sobretudo nos últimos anos. O crescimento da frota de motocicletas que se tornaram mais baratas e acessíveis à população pode ter sido responsável por esse aumento⁽¹⁾. Adicionalmente, deficiências na infraestrutura e na sinalização das ruas na RMS, assim como na fiscalização das leis de trânsito podem também ter contribuído para o aumento observado⁽²⁾.

Entre as mortes por causas não relacionadas a transporte (afogamento, queda, queimadura e asfixia), todas acometeram mais o sexo masculino como reportado em outros estudos previamente⁽²⁾.

Enquanto os óbitos por afogamento aumentam de frequência com a idade, os causados por quedas são mais comuns nos extremos da faixa etária estudada e aqueles causados por queimaduras e por asfixia têm seu pico de ocorrência na faixa etária de 0 a 3 anos, quando as crianças são ainda muito novas e particularmente vulneráveis a esses tipos de acidente, conforme reportado em outros estudos⁽²⁰⁾. As mortes por afogamento ocorreram muito mais nos finais de semana, principalmente aos domingos, provavelmente pelo maior número de banhistas nas praias nestes dias da semana. Esses óbitos também acontecem mais comumente nos meses do verão, possivelmente pelo mesmo motivo. O número de mortes de crianças e adolescentes por afogamento, quedas e queimaduras na RMS diminuiu continuamente durante o período do estudo. Essas reduções provavelmente não se devem a um fator isoladamente, mas são o resultado de um conjunto de mudanças e das políticas de prevenção de acidentes implementadas na RMS nos últimos anos⁽²⁾.

Fizemos uma comparação entre as vítimas do Homicídio com as vítimas de acidentes, analisando as variáveis idade, sexo, cor da pele, grau de instrução e alcoolemia.

Quando comparamos a média de idade das vítimas do homicídio com a das vítimas de acidentes constatamos que nos homicídios essa média é mais elevada (16,72) sendo explicada pela maior exposição à violência com o aumento da idade das vítimas. O sexo masculino predominou tanto nos homicídios quanto nos acidentes já que os homens por natureza estão mais expostos aos agentes externos. A Cor de pele Fair/derma teve um número expressivo entre as vítimas dos Homicídios e dos Acidentes tendo como explicação a concentração de afrodescendentes na nossa população é de 82% segundo o IBGE⁽²²⁾. A maioria das vítimas dos Homicídios e dos Acidentes possuíam apenas o 1º grau de instrução, mostrando que a educação é um elemento muito importante na prevenção das mortes de causas violentas. Finalizamos comparando as taxas de alcoolemia e inexplicavelmente os Homicídios e as mortes por Acidentes vitimaram mais as pessoas não alcoolizadas, mas temos que levar em conta que a população estudada foi de crianças e adolescentes. Todas essas diferenças após os testes estatísticos ficaram comprovadas serem significantes já que o $p < 0,05$.

7 CONCLUSÃO

O número de assassinatos de crianças e adolescentes na RMS é alto e inaceitável. A incidência de homicídios é muito maior no sexo masculino e em pretos/pardos. A grande maioria dos homicídios é causado por armas de fogo. As mortes por acidentes de trânsito também ocorrem mais no sexo masculino e nos finais de semana. Elas têm diminuído de frequência, exceto para acidentes com motocicleta. Os óbitos por acidentes não relacionados ao trânsito também vêm diminuindo nos últimos anos.

REFERÊNCIAS

1. Barros MD, Ximenes R, Lima ML. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. Ver. Saúde Pública 2001; 35:142-9.
2. Paim JS, Costa M da CN, Mascarenhas JCS, et al. The distribution of violence: mortality due to external causes in Salvador, Bahia, Brazil. Ver. Panam Salud Pública, Nov. 1999, vol 6, nº 5, p.321-332.
3. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Departamento de Análise da Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Análise dos Dados de Mortalidade de 2001. Janeiro de 2004.
4. Moura ATMS, Reichenheim ME. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4): 1124-1133, jul-ago, 2005.
5. Mello Jorge MH de, Marques MB. Mortes violentas em menores de 15 anos no Brasil. Bol. Of Saint Panam 100(6), 1986.
6. Gawryszewski VP, Sumie Koizumi MS, Mello-Jorge MHP de. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(4): 995-1003, jul-ago, 2004.
7. Sande Braid, 2014. Uma análise da situação de saúde e causas externas. MS 2015.
8. Linda LD, Etienne GK. Violência: um problema global de saúde pública - Ciênc. saúde coletiva vol.11 suppl.0 Rio de Janeiro 2006.
9. Freitas ED de, Paim JS, Silva LMV da, Costa M da CN. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(4):1059-1070, out-dez, 2000.
10. OMS - Organização Mundial de Saúde. Word and Report or Violence and Healt, 2005.
11. Martins CB de G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 344-8.
12. Unicef. Relatório Um Rosto Familiar: A violência na vida de crianças e adolescentes. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_37371.html. Acesso em: 09.08.2018.
13. Minayo MC de S. Violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública. Volume: 10 Suplemento 1, 1994.

14. Trevisan C. EUA têm mais morte violenta de crianças. Folha de São Paulo. São Paulo, 8 de fevereiro de 1997 .1997. Disponível em:
<https://www1.folha.uol.com.br/fsp/mundo/ft080218.htm>. Acesso em: 09.08.2018
15. Carvalho MP. Fatores meteorológicos, oceanográficos, morfodinâmicos, geológicos e urbanos relacionados à incidência de afogamentos nas praias da costa atlântica de Salvador. Dissertação (Mestrado em Geologia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal da Bahia. Bahia, 167p. 2002.
16. Carvalho RC de, Costa COM, Almeida MF, Rebouças MC. Evolução da mortalidade por causas violentas em crianças e adolescentes, Feira de Santana, Brasil. Revista Baiana de Saúde Pública, v.29, n.1, p.80-90, jan/jun.2005.
17. Ministério da Saúde (MS). DATASUS/SVS/MS. Disponível em:
<http://datasus.saude.gov.br/>.
18. Ministério da Saúde – MS/SVS/CGIAE/Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Disponível em: <https://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-mortalidade-sim.html>].
19. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2015. Adolescentes de 16 a 17 anos do Brasil. Brasília: Flacso Brasil]. Ver em Notas de Homicídios 4, Instituto Igarapé, Dez 2017.
20. Atlas da Violência 2018. Disponível em:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf].
21. United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC. Disponível em:
http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/statistics/Homicide/Global_study_on_homicide_2011_embargoed.pdf).
22. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística - IBGE. Censos Demográficos 2000 e 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>.
23. Nunes AJ, Sales MCV. Ciência & saúde coletiva. SciELO Public Health. 2016.
24. Cassorla RMS. Comportamentos suicidas na infância e adolescência. J. bras. psiquiatr; 1987; 36(3):137-44, maio-jun.
25. Silva JV da, Araujo AP. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2019 - Periodicos.ufes.br.
26. Dowdney L. Crianças do tráfico um estudo de caso de crianças em violência. Sete Letras. Rio de Janeiro / 2003.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAUSAS DE MORTE VIOLENTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR - BAHIA

Pesquisador: Edson Duarte Moreira Junior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 74315317.6.0000.0047

Instituição Proponente: Hospital Santo Antônio/ Obras Sociais Irmã Dulce

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.290.046

Apresentação do Projeto:

O estudo baseia-se numa coleta de dados secundária, para a qual serão consultados os arquivos de laudos do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues do Departamento de Polícia Técnica, da Secretaria de Segurança Pública, do Governo do Estado da Bahia (anexo I). Os dados do estudo serão coletados por uma equipe formada pelo autor e três acadêmicos do curso de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, devidamente treinados e calibrados.

Por tratar-se de laudos pertencentes a um arquivo público, será encaminhada uma carta ao Diretor do Instituto Médico Legal Nina Rodrigues solicitando autorização para coleta dos dados (anexo II) além de um modelo de carta-resposta confirmando a autorização (anexo III).

Os pesquisadores utilizarão uma ficha para transcrição dos dados (anexo IV). Os dados coletados corresponderão a dois períodos distintos: 1985 a 1995 e 1996 a 2014. Proceder-se-á inicialmente a análise descritiva das seguintes variáveis neste estudo: registro, data tipo de acidente, idade, cor, sexo, procedência, escolaridade, local, hora do acidente, estação do ano. Posteriormente haverá a análise estatística para a observação da veracidade matemática utilizando o software SPSS 21.0

Endereço: Av. Bomfim 161

Bairro: Largo de Roma

CEP: 40.420-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/ OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 2.290.046

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

Descrever a distribuição da frequência de causas de morte violenta por acidentes, suicídio e homicídios em crianças e adolescentes na área metropolitana de Salvador – Bahia.

ESPECÍFICO

- 1 - Descrever os tipos de mortes violentas mais comuns em crianças e adolescentes na região metropolitana de Salvador – Bahia;
- 2 - Investigar as causas e possíveis fatores de riscos das mortes violentas por acidentes, suicídio e homicídios nessa população;
- 3 - Indicar as características que, associadas as mortes violentas, devem ser mais adequadamente difundidas em campanhas educativas, alertando a população;
- 4 – Contribuir para uma visão realista por parte da sociedade brasileira, em especial da Soteropolitana, dos tipos de mortes violentas que crianças e adolescentes estão expostos diariamente.
- 5 – Divulgar os dados em instituições públicas e privadas, promovendo campanhas educativas visando a prevenção de acidentes, homicídios e suicídios;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos, conforme o item V da resolução CNS 466/2012. O projeto utiliza informações de causas de morte violenta na população, portanto existe o risco de quebra de privacidade. Entretanto o banco de dados será desprovido de identificação de dados que permita identificação dos participantes da pesquisa. Assim reduziremos esse risco. Em relação aos benefícios, os resultados do estudo irão prover informações de grande utilidade para a elaboração/aperfeiçoamento das políticas de prevenção de morte violenta na nossa cidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Bomfim 161
Bairro: Largo de Roma **CEP:** 40.420-000
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3310-1335 **Fax:** (71)3310-1335 **E-mail:** cep@irmadulce.org.br

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO/
OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE



Continuação do Parecer: 2.290.046

O projeto apresenta todos os termos de apresentação obrigatória.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional N° 001/2013 do CNS, manifesta-se por aprovar o referido projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_977634.pdf	23/08/2017 11:04:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Fina_Raul_revisa_do_JC_EMoreira_edits.docx	23/08/2017 10:34:49	Edson Duarte Moreira Junior	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Raul.pdf	23/08/2017 10:34:09	Edson Duarte Moreira Junior	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 21 de Setembro de 2017

Assinado por:
Juliana da Silva Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Bomfim 161

Bairro: Largo de Roma

CEP: 40.420-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3310-1335

Fax: (71)3310-1335

E-mail: cep@irmadulce.org.br

Anexo 2 – Artigo Publicado

Rev. Saúde Col. UEFS, Feira de Santana, Vol. 8: 5-15 (2018)

DOI: 10.13102/rscdauefs.v8.2975



REVISTA DE SAÚDE COLETIVA DA UEFS

ARTIGO

PERFIL DA VIOLÊNCIA QUE VITIMA CRIANÇAS NO ESTADO DA BAHIA, SEGUNDO REGISTROS DO SISTEMA DE GERENCIAMENTO ESTATÍSTICO (SGE) DA SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

PROFILE OF VIOLENCE VICTIMIZING CHILDREN IN THE STATE OF BAHIA, ACCORDING TO RECORDS OF THE STATISTICAL MANAGEMENT SYSTEM (SGE) OF THE DEPARTMENT OF PUBLIC SECURITY

CHRISTIANNE SHEILLA LEAL ALMEIDA BARRETO¹, ROBERTO PAULO CORREIA DE ARAÚJO², DAVI FELIX MARTINS JÚNIOR³, RAUL COELHO BARRETO FILHO⁴, MARIA CONCEIÇÃO OLIVEIRA COSTA⁵

1 - Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

2 - Professor Titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

3 - Professor Assistente Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

4 - Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

5 - Professora Titular Pleno Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Introdução: Estatísticas sobre violência em criança expõem apenas uma parte da realidade, embora os indicadores sejam alarmantes, fazendo deste problema uma preocupação mundial. **Objetivo:** analisar informações sobre violência perpetrada em crianças, utilizando o Sistema de informação da Secretaria de Segurança Pública/Estado da Bahia. **Metodologia:** Estudo de série histórica das ocorrências violentas em crianças (0 a 11 anos), em todos os municípios do Estado, divididos por densidade populacional: Salvador/capital; municípios com menos de 100 mil habitantes; municípios com mais de 100 mil habitantes. Utilizaram-se registros do Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE), período 2008-2014. **Resultados:** a maioria dos 16.466 registros era de violência física/VF (47,6%), seguida da sexual/VS (34,6%) e psicológica/VP (17,4%). Salvador apresentou as maiores taxas no período, enquanto as menores foram observadas nos municípios com menos de 100 mil habitantes. O risco de uma criança de Salvador ser vítima de violência foi maior, comparado aos demais municípios. **Conclusão:** O SGE permitiu caracterizar as principais formas de violência praticada em crianças, apontando a magnitude do problema na Bahia, entretanto os prejuízos relacionados à captação e qualidade dos dados dificultaram o detalhamento de informações imprescindíveis à adoção de ações de proteção e atendimento às vítimas, medidas legais e atuação jurídico-social de prevenção às recidivas.

Palavras-chave: Violência infantil; Políticas públicas; Segurança pública; Sistemas de informação.

ABSTRACT

Introduction: Statistics on violence expose only part of the reality, although the indicators are alarming, making this problem a global concern. **Objective:** to analyze information about violence perpetrated in children, using the Information System of the Department of Public Security\State of Bahia. **Methodology:** historical series study of violent occurrences in children (0 to 11 years old), in all municipalities of the State, divided by population density: Salvador\capital; municipalities with less than 100 thousand inhabitants; municipalities with more than 100 thousand inhabitants. Records of the Statistical Management System (SGE), period 2008-2014, were used. **Results:** most of the 16,466 records were of physical violence (PV) (47.6%), followed by sexual/SV (34.6%) and psychological/VP (17.4%). Salvador presented the highest rates in the period, while the lowest were observed in municipalities with less than 100 thousand inhabitants. The risk of a child from Salvador being a victim of violence was higher compared to other municipalities. **Conclusion:** the SGE allowed to characterize the main forms of violence practiced in children, pointing out the magnitude of the problem in Bahia, however the losses related to the capture and quality of the data made it difficult to detail the information essential to the adoption of actions of protection and assistance to the victims, measures legal and social legal action of relapse prevention.

Keywords: Children Abuse; Public Policies; Public Security; Information Systems.



Open access journal: <http://periodicos.uefs.br/ojs/index.php/saudecoletiva>
ISSN (impresso) 1677-7522 ISSN (on line) 2594-7524

INTRODUÇÃO

A paz é um fenômeno complexo, que envolve a construção de uma estrutura e de relações sociais nas quais exista justiça, igualdade, respeito, liberdade e ausência de todo tipo de violência. E, na busca incessante pela união entre os povos, grupos de diversas origens e etnias têm somado esforços contra todas as manifestações de violência que ameaçam ou põem em risco o desejo coletivo de paz para a humanidade. Mas não se trata de uma tarefa simples, pois a violência é um problema que possui causas múltiplas, correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, além de aspectos comportamentais e culturais. Assim, os dados apresentados mundialmente expõem a violência como um problema de base social, fomentando a luta dos indivíduos pelos direitos de cidadania, traduzida em movimentos populares contra as manifestações da violência que atingem principalmente a mulher, o idoso e a criança, pela maior vulnerabilidade desses grupos.

No que diz respeito à violência perpetrada contra a criança, a especial preocupação mundial com esse público é justificada não somente por sua incontestável fragilidade como também pelo potencial humano que ele representa. Assim, a violência contra a criança é entendida como todo tipo de ação ou omissão que possa prejudicar o seu bem-estar, a sua integridade física ou psicológica, a sua liberdade ou o seu direito ao crescimento e ao desenvolvimento¹.

Relatos históricos provam que a violência praticada contra a criança não é específica das sociedades modernas, visto que relatórios de homicídios, mutilações, abandonos e outras formas de maus-tratos remontam a civilizações antigas. Mais recentemente, a história também trouxe vários episódios que narravam a violência sofrida por crianças submetidas a tratamentos humilhantes, falta de cuidados ou vitimadas pelo abuso sexual. No entanto, mudanças culturais têm ocorrido no sentido de valorizar a criança e transformar a percepção da violência.

São várias as formas de maus-tratos contra crianças, em geral ainda muito pequenas, que variam do trabalho infantil nas lavouras, nas pedreiras e nas carvoarias aos castigos físicos, privações alimentares e de saúde, ameaças e humilhações verbais, sem se esquecer do abuso sexual, que ocorre tanto no interior dos lares quanto nas ruas, nas calçadas das orlas das cidades turísticas, onde a criança é apenas uma peça frágil e submissa aos interesses dos autores desses crimes.

Já que a violência representa uma experiência negativa sobre a vida do ser humano, a possibilidade de uma criança superar essa experiência dolorosa depende da observância dos elementos que integram a sua rede de proteção e cuidado: o fiel cumprimento da legislação pelas instituições jurídicas, sociais e policiais, bem como pelos profissionais do setor saúde que prestam assistência às vítimas.

Especificamente, no Brasil, a preocupação com a violência contra a criança tem mobilizado diversas áreas de enfrentamento, a exemplo da saúde, segurança pública

e justiça, com o intuito de fortalecer parcerias que possam implementar as estratégias de prevenção, acolhimento e intervenção necessárias para conter o problema, bem como ratificar os direitos garantidos pela legislação vigente.

Entretanto, as estatísticas sobre a violência contra a criança expõem apenas uma parte da realidade, embora os números apresentados sejam cada vez mais alarmantes, fazendo do problema uma preocupação que requer ação imediata. No Brasil, estima-se que, diariamente, 18 mil crianças e adolescentes são vítimas de agressão física. Além disso, 35% das crianças vitimadas pela violência sofrem episódios reincidentes².

Contudo, mesmo considerando a falta de integração entre as diferentes fontes de informação e a escassez de dados confiáveis, relatadas pelos pesquisadores que se dedicam ao tema, percebe-se que as modalidades de violência ocorridas no ambiente doméstico respondem por grande parte dos atos violentos que compõem os índices oficiais no Brasil e no mundo.

Com relação às principais fontes oficiais de informação para o estudo da violência nas diferentes fases do evento até a morte, citam-se o Boletim de Ocorrência Policial (BO), os registros dos conselhos tutelares e os dados armazenados nos Sistemas de Informação em Saúde.

Entretanto, a ausência de denúncia dos casos de violência que têm uma criança como vítima é um dos entraves apontados pelas instituições policiais responsáveis pelo monitoramento dos casos registrados nas delegacias. Como consequência, esse déficit observado na qualidade das informações prejudica a implantação de novas estratégias em favor do enfrentamento dessa modalidade de violência e da busca de soluções, além de dificultar a implementação de ações governamentais, notadamente do setor de segurança pública, com vistas ao fortalecimento da rede de proteção e cuidado à criança. Assim, esse estudo tem como principal objetivo proporcionar maior visibilidade ao problema da violência que vitima crianças no Estado da Bahia, por meio da análise e divulgação dos registros policiais referentes ao período de 2008 a 2014.

Referencial Teórico

Em relação aos maus-tratos na infância, existem, pelo menos, duas responsabilidades impostas a todas as pessoas que assistem as crianças: a de descobri-los e de denunciá-los. Assim, considerando a importância biopsicossocial desse tipo de violência, é fundamental reconhecer o perfil dos casos, com vistas a reforçar a garantia de proteção³.

Na ausência de proteção social efetiva, essas crianças são submetidas a restrições e constrangimentos que comprometem o direito à vida, desumanizando-as, embrutecendo-as e instituindo a violência como única linguagem possível. A maioria dos casos de violência reincidirá com igual ou superior gravidade se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica, principalmente quando se trata de violência infantil⁴.

A violência doméstica exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras de todas as instâncias. O

sistema policial e jurídico deve garantir segurança às vítimas, responsabilizar os agressores e estabelecer procedimento para que as outras instituições que compõem o sistema social fiquem responsáveis pelas intervenções¹.

No Brasil, o sistema jurídico penal, responsável pelo julgamento e posterior punição do autor da violência, geralmente é lento e, muitas vezes, os processos jurídicos são realizados após anos de um suposto evento. Além disso, o processo só irá prosseguir se houver um infrator identificado e provas suficientes para processá-lo. Paralelamente, o nível de prova exigido vai além de uma dúvida razoável, e a maioria dos casos de violência infantil nunca chega ao sistema penal, pela fragilidade na obtenção das provas⁵.

A violência contra a criança exige intervenções múltiplas, envolvendo medidas protetoras de todas as instâncias. No que tange aos sistemas policial e jurídico, esses devem garantir segurança às vítimas, responsabilizar os agressores e estabelecer procedimento para que as outras instituições que compõem o sistema social fiquem responsáveis pelas intervenções.

Desse modo, para que haja o efetivo controle da violência contra a criança, é necessário incentivar a formação de redes de cuidado e proteção das vítimas, garantindo atendimento integral, promoção da saúde e cultura da paz, por meio dos mecanismos de identificação dos agressores. Contudo há poucos dados disponíveis sobre a atuação dos sistemas de proteção nos países subdesenvolvidos^{6,7}.

Muitos países estão buscando medidas nacionais na tentativa de coibir a violência e reduzir suas consequências para a vítima e para a sociedade, sensibilizados com a violência que atinge crianças em todos os continentes⁸. A instituição de leis que proíbam a violência física, associada a programas educativos intensos, estimuladores do diálogo, parecem ser estratégias importantes para frear a violência doméstica dentro da família⁹.

O desenvolvimento social, a educação formal, a melhoria das condições de vida da população, a instituição da justiça, do exército e da polícia foram os principais fatores responsáveis pela redução da violência fatal em alguns países do continente europeu¹⁰.

Em Israel, o Ministério da Saúde determinou que equipes de proteção à criança estejam presentes em todos os hospitais, realizando investigações preliminares de suspeitas de violência infantil, abordando parâmetros físicos, comportamentais e psicossociais. E, na suspeita de maus-tratos, a equipe encaminha o caso para a polícia⁸.

Tanto a Constituição de Uganda, quanto o capítulo 59 da Lei da Criança, estabeleceram as obrigações do governo para garantir a proteção das crianças mais vulneráveis. Naquele país, todas as delegacias de polícia são obrigadas a ter uma unidade de proteção à criança e à família, com agentes especializados para lidar com as queixas apresentadas pelas próprias vítimas⁷.

No Brasil, a articulação entre as diferentes áreas do conhecimento visa o cumprimento dos princípios assegurados

pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), quanto às políticas e programas.

Entre os recursos disponíveis para o enfrentamento da violência e em prol da proteção dos direitos humanos está a utilização da informação, com o fortalecimento dos movimentos sociais em defesa da vida. Assim, a ação governamental desempenha importante papel no sentido de sistematizar e garantir o acesso às informações sobre temas importantes e de interesse para a sociedade¹¹.

E, somente através da indignação de cada indivíduo em nossa sociedade e do enfrentamento de paradigmas como os de que os pais têm o direito de impor a força física para educar seus filhos – pois nem sempre eles tiveram a oportunidade de aprender a melhor forma de cuidar –, a sociedade estará pronta para o enfrentamento da violência física contra a criança. Esses pais precisam ser conscientizados e informados sobre o desenvolvimento da criança, suas necessidades e direitos¹².

Entende-se que o rompimento do ciclo da violência implica a desconstrução da rede que se organizou ao redor da criança ou adolescente que é vítima. Portanto, o ponto inicial para enfrentar a violência contra a infância passa por romper os pactos de silêncio¹³.

No que tange a violência infantil, a prevenção visa a proteger a criança de outras exposições e da perpetuação para a violência juvenil. Dessa forma, um dos recursos utilizados para prevenir recidivas consiste na retirada da criança do convívio familiar, garantindo proteção em outra família, mesmo que temporariamente¹⁴.

A denúncia é o caminho mais recomendado e deve ser o de escolha, não apenas para não se incorrer em ilícito penal, por ter conhecimento de um crime e não o comunicar à autoridade competente, como também, e principalmente, para evitar o agravamento da situação¹. Assim, a sensibilização da população e o funcionamento do disque-denúncia em tempo integral, bem como um maior comprometimento das autoridades na reavaliação do funcionamento dos conselhos tutelares, para diminuir os subregistros e fortalecer a rede de proteção, são ações essenciais no controle e monitoramento dos maus-tratos infantis¹⁵.

Estudos alertam para o fato de que, além da falta de notificação por parte da sociedade e dos profissionais, os poucos serviços e iniciativas existentes no país para identificação e atendimento das vítimas não contam com uma rede de informação interligada que torne possível retratar o comportamento da violência na população^{1,9,13}.

A sociedade tem a obrigação de proteger as crianças das situações de maus-tratos, e os gestores públicos precisam de respostas para questões fundamentais sobre o tamanho do problema, sua gravidade e evolução, suas causas e consequências, além dos custos para a sociedade e para o Estado. Dessa forma, essas questões parecem ser, relativamente, de fácil resolução, em pleno século 21, embora as dificuldades surjam da falta de disponibilidade de dados confiáveis e válidos para cada região¹⁶.

Estatísticas policiais no Estado da Bahia

O Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) reúne as ocorrências policiais das delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, cujo gerenciamento é de responsabilidade da Coordenação de Estatística Policial (CDAP), que realiza a crítica e a análise dos dados referentes às ocorrências registradas nas delegacias de polícia dos municípios baianos, no que se refere ao perfil das vítimas e dos agressores e às atividades executadas pelos policiais, cujas estatísticas produzidas são encaminhadas mensalmente para a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), responsável pela gestão das informações policiais na esfera federal¹⁷.

Uma avaliação das respostas fornecidas pelas polícias civis estaduais ao sistema federal de segurança pública mostra que alguns dados estatísticos não são adequadamente preenchidos por várias dessas organizações, devido à quase inexistência dessas informações nas bases de dados estaduais que armazenam as ocorrências¹⁸.

De modo semelhante ao que acontece em outros estados brasileiros, as delegacias de vários municípios baianos não dispõem de condições físicas, estruturais e os recursos humanos ideais para garantir a totalidade da cobertura dos casos de violência, de modo que os esforços para produzir uma estatística estadual se transformam em uma atividade difícil, demorada e de baixa garantia da qualidade da informação.

Já o boletim de ocorrência corresponde ao documento policial que reflete o momento inicial do fato, quando a delegacia registra a queixa, a princípio embasada nas informações de que dispõe. Por conseguinte, o curso das investigações pode levar à confirmação da hipótese inicial ou à reclassificação do fato criminal na instauração do inquérito. Desse modo, a informação gerada a partir das ocorrências é apenas a etapa inicial de um processo contínuo e longo, especialmente se for considerada também a fase judicial dos fatos criminais. Todavia são informações úteis, porque permitem o acompanhamento da tendência da criminalidade e, por serem produzidas de forma ágil, subsidiam o planejamento operacional das atividades policiais.

Os dados disponibilizados pelo SGE fazem referência às ocorrências policiais de acordo com faixas etárias, nas quais as crianças correspondem ao grupo de indivíduos menores de 12 anos de idade (em observância ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA), tipos de crimes e porte populacional dos municípios. Até o ano de 2011, apenas os dados referentes à Salvador, capital do Estado, e demais municípios cuja população era superior a 100 mil habitantes eram disponibilizados individualmente, enquanto as informações policiais referentes aos municípios com população inferior a 100 mil habitantes eram condensadas em um grupo.

A partir do ano de 2012, houve uma mudança na forma de coleta desses dados, e os estados passaram a coletar as informações policiais por município, independentemente do perfil em relação ao desenvolvimento ou porte populacional,

para atender às premissas do Pacto pela Vida e prevendo um maior detalhamento dos registros no Estado, e, consequentemente, melhoria na qualidade das informações policiais¹⁹.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo da série histórica de registros da violência, que tem como vítimas crianças na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes no Estado da Bahia, ocorridos entre 2008 e 2014, a partir dos dados coletados no Sistema de Gerenciamento Estatístico (SGE) da Secretaria de Segurança Pública (SSP).

Em atenção às orientações da SENASP, O SGE da SSP/BA disponibiliza os dados das ocorrências policiais, de acordo com faixas etárias, nas quais as crianças correspondem ao grupo de indivíduos menores de 12 anos de idade - em observância ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) -, tipos de crimes e porte populacional dos municípios. Até o ano de 2011, apenas os dados referentes à Salvador, capital do Estado, e demais municípios cujas populações eram superiores a 100 mil habitantes eram disponibilizados individualmente, enquanto as informações policiais referentes aos municípios com populações inferiores a 100 mil habitantes eram condensadas em um grupo.

A partir do ano de 2012, houve uma mudança na forma de coleta desses dados, e, seguindo-se as orientações da SENASP os estados passaram a coletar as informações policiais por município, independentemente do perfil em relação ao desenvolvimento ou porte populacional, para atender às premissas do Pacto pela Vida e prevendo um maior detalhamento dos registros no Estado, e, consequentemente, melhoria na qualidade das informações policiais. Com o mesmo intuito, a Secretaria Nacional de Segurança Pública adaptou o modelo que categoriza o porte populacional dos municípios brasileiros, adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), considerando, em um primeiro grupo, os municípios de pequeno porte populacional – com menos de 100 mil habitantes –, enquanto em outro agrupou aqueles de médio e grande porte populacional – mais de 100 mil habitantes, além da capital do Estado²⁰.

Assim, em virtude do formato da planilha de dados disponibilizada pela SSP, considerando-se o período de 2008 a 2014, os resultados desse estudo fizeram referência aos dados relativos ao Estado, ao município de Salvador, ao grupo de municípios com populações inferiores a 100 mil habitantes, bem como ao grupo de municípios com mais de 100 mil habitantes (Quadro 1). Vale salientar que, nos anos de 2008 a 2010, apenas 15 municípios do Estado da Bahia possuíam mais de 100 mil habitantes (Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Feira de Santana, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Salvador, Simões Filho, Teixeira de Freitas e Vitória da Conquista). Já entre 2011 e 2013 além dos municípios citados, Eunápolis foi adicionado ao grupo e no ano 2014 eram 17 municípios com a incorporação de Santo Antônio de Jesus.

Quadro 1. Número e proporção de crianças na faixa etária de 0 a 11 anos da capital do Estado da Bahia (Salvador), em relação à população do Estado e ao agrupamento de municípios de acordo com o porte populacional – Bahia – Brasil, 2008 – 2014

Ano	Perfil do município	População	%
2008	Bahia	3.274.543	100,0
	Salvador	558.771	17,1
	Mun. > 100 mil habitantes	1.195.790	100,0
	Salvador	558.771	46,7
	Mun. < 100 mil habitantes	2.078.753	100,0
	Salvador	558.771	26,9
2009	Bahia	3.276.194	100,0
	Salvador	560.606	17,1
	Mun. > 100 mil habitantes	1.199.699	100,0
	Salvador	560.606	46,7
	Mun. < 100 mil habitantes	2.076.495	100,0
	Salvador	560.606	27,0
2010	Bahia	2.793.419	100,0
	Salvador	429.028	15,4
	Mun. > 100 mil habitantes	981.637	100,0
	Salvador	429.028	43,7
	Mun. < 100 mil habitantes	1.811.782	100,0
	Salvador	429.028	23,7
2011	Bahia	2.792.065	100,0
	Salvador	427.762	15,3
	Mun. > 100 mil habitantes	1.005.422	100,0
	Salvador	427.762	42,5
	Mun. < 100 mil habitantes	1.786.643	100,0
	Salvador	427.762	23,9
2012	Bahia	2.807.542	100,0
	Salvador	430.517	15,3
	Mun. > 100 mil habitantes	1.015.403	100,0
	Salvador	430.517	42,4
	Mun. < 100 mil habitantes	1.792.139	100
	Salvador	430.517	24,0
2013	Bahia	2.979.622	100,0
	Salvador	457.944	15,4
	Mun. > 100 mil habitantes	1.081.413	100,0
	Salvador	457.944	42,3
	Mun. < 100 mil habitantes	1.898.209	100,0
	Salvador	457.944	24,1
2014	Bahia	3.288.508	100,0
	Salvador	507.154	15,4
	Mun. > 100 mil habitantes	1.215.804	100,0
	Salvador	507.154	41,7
	Mun. < 100 mil habitantes	2.072.704	100,0
	Salvador	507.154	24,5

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA.

No Estado da Bahia, a classificação das ocorrências nas delegacias de polícia civil segue as tipificações criminais utilizadas comumente no universo jurídico; por isso, optou-se por agrupar as categorias utilizadas no meio jurídico-policial nos quatro tipos mais comuns de violência, de acordo com as equivalências encontradas com as respectivas definições pactuadas pelas instituições nacionais e internacionais de saúde¹⁸. Assim, o Quadro 2 mostra os quatro principais grupos de violência considerados neste estudo: física, sexual, psicológica e negligência.

Quadro 2. Enquadramento dos registros policiais de crimes praticados contra crianças de 0 a 11 anos, de acordo com os quatro principais grupos de violência

Grupo	Crime segundo registro policial
Violência física	Homicídio doloso, lesão corporal dolosa e tentativa de homicídio, roubo simples, roubo qualificado, roubo a transeunte, maus-tratos.
Violência sexual	Estupro, estupro de vulnerável, tentativa de estupro, tentativa de estupro de vulnerável, produzir, reproduzir ou dirigir fotografias ou filmes pornográficos, submeter criança à prostituição ou à exploração sexual.
Violência psicológica	Ameaça, calúnia, constrangimento legal, difamação, injúria, furto simples, furto qualificado, furto a transeunte, extorsão mediante sequestro.
Negligência ou abandono	Abandono intelectual

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA; BRASIL (2006).

Na análise dos dados do Sistema de Gerenciamento Estatístico, foram levantadas as frequências simples e relativas da variável “ano de ocorrência do registro policial” e “tipo de violência praticada”, além da distribuição dos registros segundo porte populacional do município e tipo de violência. Além disso, calculou-se a taxa anual de registros policiais referentes aos casos de violência praticada contra crianças na Bahia. Para o cálculo dessa taxa, colocou-se no numerador o número de registros policiais ocorridos em cada ano e no denominador a população (crianças de 0 a 11 anos) do referido ano * 100.000. Entretanto, para o cálculo da taxa de mortalidade trienal, considerou-se dois períodos do estudo (1º período: 2009–2011 e 2º período: 2012–2014). Assim, para cada período calculado, somou-se os registros policiais ocorridos em cada triênio e dividiu-se pela população sob risco do meio do período (2010 e 2013, respectivamente).

O projeto que originou a presente pesquisa foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e aprovado conforme consta em parecer final com CAAE nº. 01111.0.059.000-11.

RESULTADOS

Foram examinados 16.466 registros policiais de casos de violência perpetrada em crianças com idades entre 0 e 11 anos, residentes no Estado da Bahia, ocorridos entre janeiro de 2008 e dezembro de 2014, armazenados no Sistema de Gerenciamento Estatístico.

A análise dos dados evidenciou proporções similares entre os anos de 2008 e 2009 (em torno de 13,0%), decrescendo para 11,3% em 2011, retomando crescimento nos anos subsequentes, alcançando 21,2% em 2013 e reduzindo em 2014 para 9,7% (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência simples e relativa de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos, registrados nas delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, segundo ano de ocorrência, Bahia, Brasil, 2008 – 2014

Ano	n	%
2008	2.155	13,1
2009	2.169	13,2
2010	2.015	12,2
2011	1.857	11,3
2012	3.181	19,3
2013	3.496	21,2
2014	1.593	9,7
Total	16.466	100,0

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008 - 2013 disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014, em 24/04/2015.

Na Tabela 2, observa-se que Salvador apresentou as maiores taxas de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos, em todos os anos do período estudado; Na capital do Estado, a taxa anual passou de 136,9/100 mil habitantes, no ano de 2008, para 124,1/100 mil habitantes, em 2011, enquanto no ano subsequente a taxa aumentou para 170,4/100 mil habitantes, alcançando 198,9/100 mil habitantes, em 2013, reduzindo consideravelmente para 77,5/100 mil habitantes, em 2014. Por conseguinte, os achados dessa pesquisa mostraram que o risco de uma criança sofrer violência e residir em Salvador foi maior quando comparado aos dois grupos de municípios, em todos os anos estudados. Por outro lado, os municípios de menor porte populacional foram aqueles que registraram as menores taxas entre 2008 e 2014, variando de 38,3/100 mil habitantes em 2014 a 94,7/100 mil habitantes, em 2012.

Assim, nos municípios de menor porte populacional, o risco foi maior no ano de 2012 (94,7/100 mil habitantes) e menor em 2014 (38,3/100 mil habitantes). Nos municípios com população maior do que 100 mil habitantes as taxas mostraram-se superiores a 90 casos/100 mil habitantes de 2008 a 2011, evoluindo a 146,1/100 mil habitantes em 2012, atingindo 160,3/100 mil habitantes em 2013, decrescendo para 65,8/100 mil habitantes em 2014. Assim, nesse grupo,

Tabela 2. Frequência simples e taxas anuais de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos (por 100 mil hab.) para o Estado e porte populacional de municípios, Bahia, Brasil, 2008 – 2014

Ano	Mun. de registro	n	Taxa	RR
2008	Bahia	2.155	65,8	
	Salvador (capital)	765	136,9	
	< 100 mil habitantes	988	47,5	2,9
	> 100 mil habitantes	1.167	97,6	1,4
2009	Bahia	2.169	66,2	
	Salvador (capital)	698	124,5	
	< 100 mil habitantes	1.082	52,1	2,4
	> 100 mil habitantes	1.087	90,6	1,4
2010	Bahia	2.015	72,1	
	Salvador (capital)	525	122,4	
	< 100 mil habitantes	1.107	61,1	2,0
	> 100 mil habitantes	908	92,4	1,3
2011	Bahia	1.857	66,5	
	Salvador (capital)	531	124,1	
	< 100 mil habitantes	918	51,4	2,4
	> 100 mil habitantes	939	93,4	1,3
2012	Bahia	3.181	113,3	
	Salvador (capital)	768	178,4	
	< 100 mil habitantes	1.698	94,7	1,9
	> 100 mil habitantes	1.483	146,1	1,2
2013	Bahia	3.496	117,3	
	Salvador (capital)	911	198,9	
	< 100 mil habitantes	1.762	92,8	2,1
	> 100 mil habitantes	1.734	160,3	1,2
2014	Bahia	1.593	48,4	
	Salvador (capital)	393	77,5	
	< 100 mil habitantes	793	38,3	2,0
	> 100 mil habitantes	800	65,8	1,2

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008 – 2013 disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014 em 24/04/2015.

o maior risco de ocorrência de registros policiais, referentes a casos de violência em crianças, foi verificada no ano de 2013, enquanto a menor foi em 2014. Sobre as taxas para o Estado da Bahia, o estudo mostrou uma tendência crescente entre os anos de 2008 e 2010, variando de 65,8/100 mil habitantes para 72,1/100 mil habitantes, diminuindo para 66,5/100 mil habitantes em 2011 e retomando crescimento de 2012 a 2013, quando alcançou 117,3/100 mil habitantes, sendo 2013 e 2014 os anos que revelaram o maior e menor risco de ocorrência deste tipo de violência, respectivamente.

As taxas trienais de registros policiais de violência em crianças de 0 a 11 anos, referentes aos períodos de 2009 a 2011 e 2012 a 2014 são mostradas na tabela 3, revelando que as vítimas apresentaram risco de registros de casos de violência duas vezes maior no segundo período (277,6/100 mil hab.) em relação ao primeiro (140,6/100 mil hab.).

Quanto aos quatro tipos de violência de maior ocorrência, definidos pelo Ministério da Saúde e OMS, essa pesquisa revelou que, no Estado da Bahia, a maior proporção dos registros policiais analisados fez referência à violência física, em todo o período estudado, com proporções muito próximas, variando entre 45,1% (2013) e 50,0% (2014). Em segunda posição observou-se o registro da violência sexual, cujas proporções apontaram variações maiores, oscilando entre 27,7% (2012) e 39,8% (2009). Já as proporções de registros de casos de violência psicológica variaram entre 14,0% (2009) e 20,2% (2013). Entretanto, com relação aos casos de negligência/abandono, os anos de 2008, 2009, 2010 e 2011 não apresentaram registros, enquanto os valores mais elevados foram verificados nos anos 2012 (0,7%) e 2013 (1,3%). Outrossim, os achados referentes ao tipo de violência que predominou nos dois grupos de municípios demonstraram

Tabela 3. Taxas trienais de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos (por 100 mil hab.), Bahia, Brasil, 2009 – 2014

Faixa etária (anos)	1º Período (2009 – 2011)	2º Período (2012 – 2014)
0 – 11	140,6	277,6

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008 – 2013 disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014 em 24/04/2015.

que ambos apresentaram a mesma tendência observada no Estado da Bahia, contudo, o município de Salvador, apesar de fazer parte do grupo de municípios cujas populações são superiores a 100 mil habitantes, apresentou comportamento diferenciado em relação ao grupo, pois, o estudo apontou que nos anos de 2008 a 2011 o tipo mais predominante na capital do Estado foi a violência sexual e nos anos de 2012 e 2014 as proporções dos registros de casos de violência psicológica superaram os registros de violência sexual. (Tabela 4)

Tabela 4. Frequência simples e relativa de registros policiais de violência contra crianças de 0 a 11 anos, segundo tipo de violência e perfil do município de registro da ocorrência policial (de acordo com porte populacional), Bahia, Brasil, 2008 – 2014

Ano	Perfil do município	Tipo de violência									
		Física		Sexual		Psicológica		Negligência		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2008	Mun. < 100 mil hab.	504	51,0	375	38,0	109	11,0	0	0	988	100
	Mun. > 100 mil hab.	517	44,3	441	37,8	209	17,9	0	0	1.167	100
	Salvador	299	39,1	300	39,2	166	21,7	0	0	765	100
	Bahia	1.021	47,4	816	37,9	318	14,8	0	0	2.155	100
2009	Mun. < 100 mil hab.	534	49,4	443	40,9	105	9,7	0	0	1.082	100
	Mun. > 100 mil hab.	467	43,0	421	38,7	199	18,3	0	0	1.087	100
	Salvador	267	38,3	278	39,8	153	21,9	0	0	698	100
	Bahia	1.001	46,2	864	39,8	304	14,0	0	0	2.169	100
2010	Mun. < 100 mil hab.	536	48,4	435	39,3	136	12,3	0	0	1.107	100
	Mun. > 100 mil hab.	378	41,6	344	37,9	186	20,5	0	0	908	100
	Salvador	191	36,4	202	38,5	132	25,1	0	0	525	100
	Bahia	914	45,4	779	38,7	322	16,0	0	0	2.015	100
2011	Mun. < 100 mil hab.	468	51,0	311	33,9	139	15,1	0	0	918	100
	Mun. > 100 mil hab.	395	42,1	385	41,0	159	16,9	0	0	939	100
	Salvador	206	38,8	230	43,3	95	17,9	0	0	531	100
	Bahia	863	46,5	696	37,5	298	16,0	0	0	1.857	100
2012	Mun. < 100 mil hab.	926	54,5	462	27,2	294	17,3	16	0,9	1.698	100
	Mun. > 100 mil hab.	740	49,9	418	28,2	318	21,4	7	0,5	1.483	100
	Salvador	355	46,2	181	23,6	228	29,7	4	0,5	768	100
	Bahia	1.666	52,4	880	27,7	612	19,2	23	0,7	3.181	100
2013	Mun. < 100 mil hab.	823	46,7	585	33,2	318	18,0	36	2,0	1.762	100
	Mun. > 100 mil hab.	752	43,4	586	33,8	387	22,3	9	0,5	1.734	100
	Salvador	383	42,0	270	29,6	256	28,1	2	0,2	911	100
	Bahia	1.575	45,1	1.171	33,5	705	20,2	45	1,3	3.496	100
2014	Mun. < 100 mil hab.	412	52,0	262	33,0	118	14,9	1	0,1	793	100
	Mun. > 100 mil hab.	384	48,0	229	28,6	187	23,4	0	0	800	100
	Salvador	183	46,6	97	24,7	113	28,8	0	0	393	100
	Bahia	796	50,0	491	30,8	305	19,1	1	0,1	1.593	100

Fonte: SGE/CDEP/SSP-BA

Dados referentes ao período 2008 – 2013 disponibilizados em 02/02/2015 e ano 2014 em 24/04/2015.

DISCUSSÃO

O Sistema de Gerenciamento Estatístico armazena todos os registros policiais realizados pelas delegacias de Polícia Civil do Estado da Bahia, buscando produzir estatísticas policiais sobre os diversos tipos de crimes perpetrados contra indivíduos de todas as faixas etárias, com vistas ao direcionamento das ações policiais no Estado, não existindo, portanto, o interesse epidemiológico, verificado na concepção e atualização da maioria dos sistemas de informação utilizados por outros setores, a exemplo do setor saúde. Por esse motivo, a análise dos dados SGE não possibilitou o estudo de todas as variáveis referentes ao perfil sócio demográfico das crianças vítimas de violência, a exemplo de idade detalhada, sexo e cor de pele, bem como não disponibilizou dados que proporcionassem o estudo referente à provável autoria da agressão.

O Programa Pacto pela Vida, instituído pelo Governo Estadual no segundo semestre de 2011, teve o intuito de apresentar uma nova política pública de segurança, construída de forma pactuada com a sociedade, articulada e integrada com diversos segmentos do poder público, cujas ações podem justificar o aumento no número de registro entre os anos 2012 e 2013, considerando que a sociedade e os órgãos de proteção estiveram mais imbuídos em formular as denúncias dos casos de violência infantil com vistas a auxiliar a polícia no combate a esse tipo de crime, inclusive na identificação do agressor¹⁹. Além disso, para atender às premissas do referido Programa, a sistemática de coleta dos dados estatísticos nas delegacias passou por transformações, prevendo um maior detalhamento dos registros no Estado, e, conseqüentemente, melhoria na qualidade das informações policiais. Quanto à redução na frequência dos registros no ano de 2014, vale ressaltar que, em alguns municípios baianos, problemas na rede de computadores é uma realidade, situação que impõe a elaboração manual dos boletins de ocorrência e das planilhas que condensam as informações, e, conseqüentemente, esses dados são encaminhados à Coordenação de Estatística Policial (CDEP) nesse formato para serem digitadas e incluídas no SGE, ocasionando atrasos tanto no repasse dos dados pelas delegacias como na inclusão destes no Sistema.

A ausência de casos de violência por negligência/abandono, no período de 2008 a 2011, provavelmente tenha ocorrido porque nesse período o SGE não classificava situações que pudessem ser enquadradas de acordo com esse tipo de violência, uma vez que a opção “abandono intelectual” foi incorporada ao Sistema a partir do ano de 2012.

Com referência à possibilidade de uma análise comparativa entre as taxas de ocorrência de violência entre municípios ou entre estados, autores de um estudo semelhante ponderaram tratar-se de uma abordagem ainda prematura, visto que a maior frequência de registros em uma determinada região se deve, muito provavelmente, ao maior grau de comprometimento dos gestores e profissionais envolvidos e não por representar uma região mais violenta em

comparação com as demais²¹. No caso específico da Bahia, Salvador, sendo a capital do Estado, concentra a maioria dos registros policiais não apenas pelo expressivo contingente populacional de crianças, como também por apresentar um serviço mais estruturado para o acolhimento das vítimas e das denúncias, dispondo de maior número de delegacias, sendo o único município do Estado que possui uma Delegacia de Proteção à Criança e Adolescente (DPCA).

Assim, como foi apontado pelo presente estudo, pesquisa sobre casos de violência, utilizando registros de um sistema de informação em saúde da Bahia, no período de 2008 a 2011, também identificou a violência física como o tipo mais predominante quando as vítimas pertenciam ao grupo de crianças⁴. Além da violência física, pela maior perceptibilidade das marcas e sequelas que podem produzir nas crianças, existe especial preocupação mundial com relação à violência sexual. No Brasil, por exemplo, ela corresponde ao único tipo de violência cuja comunicação do caso à Secretaria de Saúde do município de ocorrência deve ser imediata, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.271/2014, medida que deve ser tomada para que as ações emergenciais em relação ao acolhimento da vítima e às medidas profiláticas contra as doenças sexualmente transmitidas, além de outras infecções, sejam realizadas em tempo hábil na tentativa de minimizar os prejuízos à saúde da vítima²².

Outro estudo sobre o mesmo tema revelou que somente 6% dos casos de violência sexual contra crianças são denunciados e quando o caso ocorre no interior das famílias esse percentual diminui para 2% dos casos¹³. Vale salientar, que mesmo com o silêncio que geralmente impera nos casos da violência sexual em crianças, chama atenção o fato de, na Bahia, este tipo de crime aparecer em segundo lugar no rol dos mais praticados, quando a violência infantil é reportada.

Todavia, os resultados da presente pesquisa, apontando a negligência como o quarto tipo mais predominante de violência contra crianças (23,8%), discordaram dos dados publicados pelo Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde (DATASUS) cujos dados mostraram que no Brasil, entre os anos de 2008 e 2014, a negligência foi o tipo mais frequente da violência perpetrada contra crianças (46,0%)²³, além de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos que apontou a negligência como a segunda modalidade de violência mais praticada contra a criança daquele país²⁴.

CONCLUSÃO

O Sistema de Gerenciamento Estatístico da Secretaria de Segurança Pública permite caracterizar a violência perpetrada em crianças de 0 a 11 anos de idade, residentes no Estado da Bahia, indicando que a maioria das crianças foi vítima da violência física (47,6%), seguida da violência sexual (34,6%), psicológica (17,4%) e negligência (0,4%).

Os municípios de menor porte populacional exibiram as menores taxas de violência entre as crianças. Contudo, o

estudo mostrou que o risco de uma criança ser vitimada pela violência e residir em Salvador foi maior quando comparado ao risco das crianças residentes em outros municípios com população menor ou maior do que 100 mil habitantes, em todos os anos analisados.

Foram identificadas falhas na qualidade dos dados do sistema analisado, traduzidas na ausência de variáveis importantes para um estudo dessa natureza, gerando incompletude e inconsistência dos registros. Por conseguinte, a análise dos dados desse Sistema não possibilitou o estudo de variáveis referentes ao perfil das crianças vítimas de violência, tais como: idade detalhada, sexo, raça/cor e autoria da agressão.

Para que os órgãos de segurança pública possam assegurar à sociedade agilidade nas ações de monitoramento e combate aos crimes relacionados a casos de violência contra crianças, torna-se indispensável a disponibilização de informações policiais completas e atualizadas, pois, com exceção dos dados referentes à confidencialidade e privacidade dos atores envolvidos nesse tipo de crime, situação assegurada pela legislação do país, é imperioso que esses dados sejam apresentados de forma transparente, com vistas a coibir a violência praticada contra esse grupo, especialmente alertando a sociedade quanto as idades das crianças mais vulneráveis, em relação a cada tipologia da violência, bem como ao perfil dos agressores. Por fim, uma melhor qualidade dos dados contribuirá para impedir a ocorrência de novos casos, além de recidivas, inclusive pela possibilidade da adoção de medidas legais contra o agressor, minimizando as sequelas visíveis ou invisíveis e evitando o óbito da criança vitimada.

REFERÊNCIAS

1. Barreto CSLA, Araújo RPC, Martins Júnior DF. Violência contra crianças segundo registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, Bahia, Brasil, 2008-2012. *Rev. ciênc. méd. biol.* 2012; 1(2): 140-148.
2. Martins CBG. Maus-tratos contra crianças e adolescentes. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(4): 660-665.
3. Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev. eletr. enf.* 2009;11(4): 830-840.
4. Deslandes SF et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva* 2006; 11(0): 1279-1290.
5. Mouden LD et al. The Dentist's role in detecting and reporting abuse. *Quintessence Intern* 1198; 29(7): 452-468.
6. Veloso MMX 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.
7. Child JC et al. Responding to abuse: Children's experiences of child protection in a central district, Uganda. *Child Abuse Negl* 2014; 38(1): 1647-1658.
8. Benbenishty R et al. Predicting the decisions of hospital based child protection teams to report to child protective services, police and community welfare services. *Child Abuse Negl* 2014; 38(1): 11-24.
9. Franzin LCS et al. Violência e maus-tratos na infância e adolescência. *UNINGÁ review* 2013; 16(3): 5-14.
10. Minayo MCS, Souza ERS. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva* 1999; 4(1): 7-23.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão SUS. **Prevenção de Violências e Cultura da Paz**. 2008. 60 p. (Painel de Indicadores dos SUS, 5).
12. Gomes AVO et al. A criança vítima de violência doméstica: limites e desafios para a prática de enfermagem. *Rev. pesqui. cuid. Fundam.* 2010; 2 (2): 902-912.
13. Arpini DM et al. A revelação e a notificação das situações de violência contra a infância e a adolescência. *Psicol. ver.* 2008; 14(2) 95-112.
14. Ferreira CLL et al. Demandas para atenção à saúde de crianças em situação de violência: Estudo de Revisão. *Rev. soc. bras. enferm. ped.* 2015; 15(1): 53-59.
15. Costa MCO, Carvalho RC, Santa Bárbara JFR, Santos CAST, Gomes WA, Souza H L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciênc. saúde coletiva* 2007; 12(5): 1129-1141.
16. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. **European report on preventing child maltreatment** 2013. WHO: 114.
17. Bahia. Lei nº 11.370, de 04 de fevereiro de 2009. Institui a Lei Orgânica da Polícia Civil do Estado da Bahia. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, BA, 05 fev. 2009. Disponível em: <<http://governo-ba.jusbrasil.com.br/legislacao/231143/lei-11370-09>>. [2018 jan 31].
18. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Departamento de Pesquisa, Análise da Informação e Formação de Pessoal em Segurança Pública. **Análise das ocorrências registradas pelas polícias civis (Janeiro de 2004 a Dezembro de 2005)** 2006; Brasília; Ministério da Justiça: 82.
19. Bahia. Lei nº 12.357, de 26 de setembro de 2011. Institui o Sistema de Defesa Social, o Programa Pacto pela Vida. **Diário Oficial [do] Estado da Bahia**, Poder Executivo, Salvador, 23 set. 2011. Disponível em: <<http://>>

- www.mpba.mp.br/atuacao/ceosp/legislacao/estadual/Lei12357_Sistema_de_Defesa_Social_pacto_Pela_Vida.pdf. [2018 jan 31].
20. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública** 2013; 7: 131.
21. Rates SMM. et al. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. **Ciênc. saúde coletiva** 2015; 20(3): 655-665.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.271, de 06 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jun. 2014. Seção 1, p. 67.
23. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Informações de Saúde (Tabnet). **Violência doméstica, sexual e/ou outras violências – SINAN**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>>. [2018 fev 12].
24. Rovi S, Chen PH, Johnson MS. The economic burden of hospitalizations associated with child abuse and neglect. **Am. J. Public Health** 2004; 94(4): 586-590.

Endereço para correspondência:

Christianne Sheilla Leal Almeida Barreto.
Avenida Sete de Setembro, nº 1983, Bloco A, Apt. 1102
Bairro Vitória - CEP: 40080-002, Salvador-BA.
E-mail: chris.uefs@uol.com.br