

Caroline da Rosa¹

Vidas perdidas: análise descritiva do perfil da mortalidade dos adolescentes no Brasil

Lost lives: a descriptive analysis of the profile of adolescent's mortality in Brazil

RESUMO

Objetivo: Realizar uma análise descritiva do perfil epidemiológico da mortalidade dos adolescentes no Brasil no quinquênio de 2008 a 2012. **Métodos:** Estudo epidemiológico observacional, descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários obtidos no DATASUS - Sistema de Informação sobre Mortalidade. As variáveis socioeconômicas estudadas foram: sexo, cor/raça, escolaridade e estado civil. Foi analisada a causa da morte de acordo com os capítulos do CID-10. Esse estudo utiliza-se da estatística descritiva e do cálculo do coeficiente de mortalidade específico por idade para a análise dos dados. **Resultados:** Na série temporal analisada foram registradas 126.031 mortes de adolescentes. O ano de 2012 apresentou o maior registro de mortes e aumento do coeficiente de mortalidade específico por idade. Os adolescentes do sexo masculino corresponderam a 75,26% dessa população. Foram predominantes a cor de pele parda (52,22%), escolaridade de 4 a 7 anos de estudo (35,63%) e o estado civil solteiro (92,02%). As causas externas de morbidade e mortalidade representaram 66,25% das mortes no período. Identificou-se que, entre as causas externas, a agressão foi a mais frequente (51,62%) seguido dos acidentes de transporte (25,62%). O sexo masculino é acometido com uma frequência muito maior que o sexo feminino nas mortes por causas externas em adolescentes. **Conclusão:** As causas externas foram responsáveis por dois terços das mortes de adolescentes no Brasil. Para que o adolescente possa ter o direito a vida garantido, é necessária uma articulação intersetorial, sendo o Sistema Único de Saúde um importante local de promoção de saúde no seu conceito mais amplo.

PALAVRAS-CHAVE

Adolescente, mortalidade, causas de morte.

ABSTRACT

Objective: Perform a descriptive analysis of the epidemiological profile of adolescent's mortality in Brazil in the five-year period from 2008 to 2012. **Methods:** An observational, descriptive, retrospective epidemiological study based on secondary data obtained from the DATASUS - Mortality Information System. The socioeconomic variables studied were: gender, color / race, education level and marital status. The cause of death was analyzed according to the ICD-10 chapters. This study uses the descriptive statistics and the calculation of the age-specific mortality rate for data analysis. **Results:** In the analyzed time series were recorded, 126.031 adolescent deaths. The year 2012 presented the highest death register and increase of the age-specific mortality coefficient. The male adolescents corresponded to 75.26% of this population. Brown skin color were predominant (52.2%) in the analyzed adolescent, as well as having 4-7 years of scholarship (35.36%) and single marital status (92.02%). External causes of morbidity and mortality accounted for 66.25% of deaths in the period. It was identified that, among external causes, assault was the most frequent (51.62%) followed by transport accidents (25.62%). The male adolescents are more prone to death by external factors than females. **Conclusion:** External causes were responsible for two

¹Doutoranda em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

thirds of the adolescents Brazilian deaths. In order for the adolescent to have his right to a guaranteed life, it is necessary an intersectoral action, where the Unified Health System has an important place of health promotion in its broadest concept.

➤ KEY WORDS

Adolescent, mortality, cause of death.

➤ INTRODUÇÃO

A adolescência é caracterizada por ser uma das fases mais rápidas do desenvolvimento humano. Além das transformações físicas e biológicas, a adolescência também é caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social com complexas mudanças. No entanto, é necessário considerar um fato importante: tanto o desenvolvimento biológico, quanto o psicológico e social vão depender do contexto sociocultural no qual se insere a família do adolescente, delineando assim suas possibilidades e limitações¹.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os limites cronológicos da adolescência dos 10 aos 19 anos de idade, ou seja, a segunda década de vida². Esse critério é adotado no Brasil pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Estima-se que os adolescentes representam 18% da população mundial³. No Brasil, os adolescentes representaram 17,91% da população brasileira no ano de 2010, dado que corrobora com a estimativa global. Analisando os dados demográficos observa-se que o Brasil atravessa um declínio no número de adolescentes: no censo de 2000 os adolescentes representaram 20,78% da população brasileira, no censo em 1991 representaram 21,82% e no censo de 1980 representavam 23,38%⁴.

Diversos autores e publicações oficiais salientam a complexidade da adolescência⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸, onde os adolescentes atravessam um processo dinâmico de maturação. É uma fase de grandes transformações corporais concomitantemente com o surgimento de novas habilidades cognitivas.

O seu novo papel na sociedade traz consigo um constante questionamento de valores. Todas essas modificações resultam em uma predisposição a novas experiências testando atitudes e situações que podem ameaçar sua saúde presente e futura, como por exemplo: acidentes, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, uso de drogas e distúrbios alimentares⁶.

De acordo com a OMS, as taxas de mortalidade na adolescência são baixas em comparação com outras faixas etárias, e têm mostrado um leve declínio na última década. Globalmente, as principais causas de morte entre os adolescentes são acidentes de trânsito, AIDS, suicídio, infecções respiratórias inferiores e violência interpessoal². Um estudo realizado pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância em 2011, também aponta que os riscos à sobrevivência e à saúde do adolescente têm diversas causas, inclusive acidentes, aids, gestação precoce, abortos inseguros, comportamentos de risco, problemas de saúde mental e violência³.

No Brasil, as causas da mortalidade dos adolescentes é uma preocupação que assola a saúde pública há tempos⁹⁻¹⁰⁻¹¹. A vulnerabilidade e riscos aos quais essa faixa etária está exposta demonstra que um grande número de adolescentes tem a sua vida interrompida, tendo a morbidade e mortalidade com as causas externas centrais desse fato¹². Este estudo tem o objetivo de realizar uma análise descritiva do perfil epidemiológico da mortalidade dos adolescentes no Brasil no quinquênio de 2008 a 2012. A análise proposta visa dar visibilidade ao tema para que ações mais eficazes possam ser direcionadas a políticas públicas voltadas a garantir ao adolescente o direito à vida.

> MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, descritivo, retrospectivo, baseado em dados secundários obtidos no DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Este sistema é gerido pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. As Secretarias de Saúde coletam as Declarações de Óbitos dos cartórios e inserem as informações nelas contidas no SIM. Uma das informações primordiais é a causa básica de óbito, a qual é codificada a partir do declarado pelo médico atestante, segundo regras estabelecidas pela OMS.

Foram coletados dados referentes a mortalidade dos adolescentes no Brasil. Como a OMS estabelece que os adolescentes estão inseridos na faixa dos 10 aos 19 anos de idade, foram selecionadas no DATASUS duas faixas etárias: uma dos 10 aos 14 anos, e outra dos 15 aos 19 anos. O caminho seguido na base de dados foi DATASUS – Informações de Saúde (TabNet) – Estatísticas Vitais – Mortalidade⁴. No SIM, as declarações de óbito estão codificadas utilizando-se a 10^a Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10. Para essa análise foi considerada óbitos por residência, ou seja, número de óbitos ocorridos contados segundo o local de residência do falecido.

A série temporal analisada foi do ano de 2008 ao de 2012 por serem os anos em que os dados demográficos e socioeconômicos da população residente estavam publicados integralmente no portal do DATASUS, permitindo dessa forma o cálculo do coeficiente de mortalidade específico por faixa etária no território nacional e em cada unidade federativa. Para fins de comparação foram utilizados dados demográficos da população residente de outros anos. Todos os dados desse estudo foram extraídos do portal do DATASUS⁴.

As variáveis socioeconômicas estudadas foram: sexo, cor/raça, escolaridade e estado civil.

A causa da morte foi analisada de acordo com os capítulos do CID-10. O capítulo XX do CID-10, que se refere as causas externa de morbidade e mortalidade, foi detalhado utilizando a lista de elementos do CID-BR-10.

Os dados coletados foram tabulados através de uma planilha eletrônica (programa Excel® versão 2010). Esse estudo utiliza-se da estatística descritiva e do cálculo do coeficiente de mortalidade específico por idade para a análise dos dados.

A presente pesquisa utiliza somente dados secundários de banco de dados de domínio público. Por esse motivo é dispensada da necessidade de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, conforme preconizado pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n° 466/12.

RESULTADOS <

Na série temporal analisada foram registradas 126.031 mortes de adolescentes no Brasil. O ano de 2012 foi o ano com maior registro de mortes dessa população, contabilizando 26.979 mortes. Com base nos dados analisados foi constatado que as mortes de adolescentes representaram em média 2,22% do total de mortes da população brasileira. Em quinquênios anteriores, nos anos de 2001 a 2005 as mortes de adolescentes representaram 2,56% do total de mortes no Brasil e no quinquênio de 1996 a 2000 estas representaram 2,78%.

Na Tabela 1 estão tabuladas as características socioeconômicas dos adolescentes que foram a óbito no Brasil no período em estudo. Observa-se que os adolescentes do sexo masculino correspondem a 75,26% dessa população, e a cor parda foi predominante em 52,22% dos casos. A maior frequência de escolaridade da população foi de 4 a 7 anos de estudo que representou 35,63% sendo que a segunda maior frequência foi registrada para o item ignorado (25,89%). Os adolescentes que foram a óbito no período eram predominantemente do estado civil solteiro (92,02%).

Tabela 1. Características socioeconômicas dos adolescentes (10 aos 19 anos) que foram a óbito no Brasil nos anos de 2008 a 2012 (N=126.031).

Variável	Descrição	f	%
Sexo	Masculino	94.852	75,26
	Feminino	31.171	24,73
	Ignorado	8	0,01
Cor/raça	Branca	42.969	34,09
	Preta	8.844	7,02
	Amarela	188	0,15
	Parda	65.810	52,22
	Indígena	808	0,64
	Ignorado	7.412	5,88
Escolaridade (anos de estudo)	Nenhuma	7.613	6,04
	1 a 3 anos	16.162	12,82
	4 a 7 anos	44.899	35,63
	8 a 11 anos	22.314	17,71
	12 ou mais	2.409	1,91
	Ignorado	32.634	25,89
Estado civil	Solteiro	115.969	92,02
	Casado	1.390	1,10
	Viúvo	216	0,17
	Separado judicialmente	164	0,13
	Outro	535	0,42
	Ignorado	7.757	6,15

Fonte: Dados obtidos DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

O coeficiente de mortalidade específico por faixa etária, calculada por 100.000 habitantes dos 10 aos 19 anos, foi maior em 2012 do que nos outros anos da série sendo que apresentou um aumento considerável de 2011 para 2012, em que esse coeficiente passou de 73,36 para 77,65. Quando o coeficiente de mortalidade específico para a faixa etária é analisado por unidades federativas, identificou-se que o Estado do Paraná na região sul, do Rio de Janeiro e do Espírito Santo na região sudeste, da Bahia, Alagoas e Pernambuco na região nordeste e o Estado do Pará na região norte apresentaram em todos os anos analisados o seu coeficiente acima do coeficiente nacional. O Estado de São Paulo apresentou o menor coeficiente em todos

os anos analisados. Nos anos de 2008 e 2009, o maior coeficiente foi registrado no Estado do Espírito Santo, já nos anos de 2010, 2011 e 2012 o Estado de Alagoas contabilizou o maior número de mortes de adolescentes em relação a população nessa faixa etária (Tabela 2).

As mortes por causas externas de morbidade e mortalidade, incluídas no capítulo XX do CID-10, são identificadas com a principal causa de morte dos adolescentes no Brasil. As causas externas representaram 66,25% das mortes da população de 10 aos 19 anos na série temporal analisada. A segunda causa de morte mais frequente entre os adolescentes foram as neoplasias, capítulo II do CID-10, com 6,56%. Esses dados estão representados na Tabela 3.

As causas externas foram analisadas detalhadamente utilizando a lista de elementos do CID-BR-10. Identificou-se que a agressão representou 51,62% das mortes por causa externas no período analisado, seguido dos acidentes de transporte (25,62%) (Tabela 4). O ano de 2012 foi o ano da série temporal em ocorreu a maior frequência de mortes por agressão no período, chegando a representar 36,45% do total das mortes de adolescentes no ano.

Na Tabela 4 também está representada a frequência das causas externas, detalhada pela lista de elementos do CID-BR-10, separada pelos gêneros feminino e masculino. Observa-se que o sexo masculino é acometido com uma frequência muito maior que o sexo feminino nas mortes por causas externas. O envolvimento do sexo masculino nas mortes por causas externas foi de 85,24% enquanto o sexo feminino foi de 14,76%.

Tabela 2. Coeficiente de mortalidade específico para faixa etária dos 10 aos 19 anos no território nacional e nas unidades federativas nos anos de 2008 a 2012*.

	Ano				
	2008	2009	2010	2011	2012
Brasil	73,73	73,46	72,23	73,36	77,65
Região Sul					
Rio Grande do Sul	62,25	65,06	63,02	60,15	64,75
Santa Catarina	65,34	64,22	56,90	59,36	60,96
Paraná	88,02	85,93	87,07	85,38	87,81
Região Sudeste					
São Paulo	56,86	54,73	53,58	54,03	56,59
Rio de Janeiro	97,11	88,09	82,09	81,26	78,47
Minas Gerais	66,62	64,46	62,98	68,63	72,08
Espírito Santo	109,61	113,46	106,65	110,77	113,87
Região Centro-Oeste					
Mato Grosso do Sul	90,45	91,04	81,46	71,70	82,91
Goiás	75,92	76,99	81,35	84,01	95,16
Distrito Federal	65,62	78,87	72,13	82,01	84,57
Mato Grosso	73,17	84,61	77,92	77,40	86,40
Região Nordeste					
Bahia	75,82	89,76	92,69	87,30	99,63
Sergipe	70,65	70,48	65,58	75,28	80,99
Alagoas	108,46	98,52	113,95	120,17	116,63
Pernambuco	97,99	88,98	82,23	82,91	83,48
Paraíba	73,59	85,10	81,09	86,24	92,48
Rio Grande do Norte	72,85	70,92	61,93	70,89	84,36
Ceará	68,86	67,40	75,67	77,73	99,37
Piauí	64,63	62,28	62,60	63,14	67,90
Maranhão	66,79	59,24	55,78	61,02	65,20

continua

Continuação da Tabela 2

	Ano				
	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte					
Rondônia	75,50	89,45	72,32	67,55	72,64
Acre	65,19	75,28	75,29	75,20	63,99
Amazonas	65,71	68,97	69,26	86,36	76,74
Roraima	75,64	98,37	73,81	69,30	83,44
Pará	84,04	82,75	86,86	83,26	82,34
Amapá	86,02	74,93	96,39	71,21	91,75
Tocantins	67,10	77,70	67,35	76,28	71,94

Fonte: Dados sobre a mortalidade obtidos DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Dados da população residentes no território nacional e em cada unidade federativa obtidos no DATASUS – Informações de Saúde (Tabnet).

* calculados por 100.000 habitantes de 10 a 19 anos

Tabela 3. Mortalidade de adolescentes (10 aos 19 anos) no Brasil nos anos de 2008 a 2012 segundo a causa (capítulo do CID-10).

Capítulo do CID-10	f	%
Capítulo XX – Causas externas de morbidade e de mortalidade	83.494	66,25
Capítulo II – Neoplasias	8.266	6,56
Capítulo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	5.538	4,39
Capítulo VI – Doenças do sistema nervoso	5.398	4,28
Capítulo IX – Doenças do aparelho circulatório	4.758	3,78
Capítulo X – Doenças do aparelho respiratório	4.550	3,61
Capítulo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.950	3,13
Capítulo XI – Doenças do aparelho digestivo	1.828	1,45
Capítulo XVII – Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1.703	1,35
Capítulo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1.404	1,11
Capítulo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	1.364	1,08
Capítulo XV – Gravidez, parto e puerpério	1.290	1,02
Outros capítulos*	2.488	1,99
Total	126.031	100

Fonte: Dados obtidos DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

* Outros capítulos referem-se ao: capítulo V – Transtornos mentais e comportamentais, capítulo VII – Doenças do olho e anexos, capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide, capítulo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastoide, capítulo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo, capítulo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, capítulo XIV – Doenças do aparelho geniturinário, capítulo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal. Esses capítulos apresentaram percentual <1. O Capítulo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas não apresentou nenhum registro na série temporal analisada.

Tabela 4. Causas externa de morbidade e mortalidade (capítulo XX CID-10) detalhadas pela Lista de elementos do CID-BR-10 nos anos de 2008 a 2012 na faixa dos 10 aos 19 anos no Brasil de acordo com o gênero dos adolescentes analisados.

Capítulo XX detalhado pela Lista de elementos do CID-BR-10	Total		Feminino		Masculino	
	f	%	f	%	f	%
Acidentes de transporte	21.387	25,62	5.006	6,00	16.381	19,62
Quedas	806	0,97	128	0,15	678	0,81
Afogamento e submersões acidentais	5.756	6,89	946	1,13	4.810	5,76
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	227	0,27	90	0,11	137	0,16
Envenen., intoxic. por ou expos a subst. nocivas	247	0,29	80	0,10	167	0,20
Lesões autoprovocadas voluntariamente	3.631	4,35	1.138	1,36	2.493	2,99
Agressões	43.102	51,62	3.574	4,29	39.528	47,34
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	4.328	5,18	680	0,81	3.648	4,37
Intervenções legais e operações de guerra	906	1,09	3	<0,01	903	1,08
Todas as outras causas externas	3.104	3,72	676	0,81	2.428	2,91
Total	83.494	100	12.321	14,76	71.173	85,24

Fonte: Dados obtidos DATASUS – Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

> DISCUSSÃO

Nesse estudo foi encontrado o alarmante dado de que 66,25% das mortes de adolescentes são ocasionadas por causas externas, capítulo XX do CID-10. As causas externas são traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena¹³. As agressões estão incluídas nesse capítulo, e são a principal causa de morte entre as causas externas de morbidade e mortalidade. No ano de 2012, 36,45% dos adolescentes falecidos na faixa de 10 a 19 anos perderam a sua vida como consequência de agressões. Quando comparamos esse percentual com o relativo à população total (4,8%) verificamos uma diferença esterrecidora¹².

Minayo¹⁴ no seu estudo sobre a violência na adolescência afirma que a vítima preferencial dos homicídios é o jovem não branco, pobre, do sexo masculino, com idade média entre 15 e 18 anos, residente nas periferias ou favelas urbanas,

assassinado geralmente por projétil de arma de fogo e denominado marginal nos registros policiais. Na presente análise pode-se constatar o envolvimento predominante do sexo masculino nas causas externa, principalmente nas agressões, que englobam os homicídios. As demais variáveis socioeconômicas elencadas por Minayo não foram analisadas especificamente para as causas externas nesse estudo.

A julgar pelos dados encontrados nessa análise podemos descrever o perfil do adolescente que vai a óbito no Brasil: é predominantemente do sexo masculino, da cor parda, com 4 a 7 anos de estudo formal, solteiro e vítima de causas externas de morbidade e mortalidade. A constatação de que os principais determinantes que matam os nossos adolescentes estão fora dos procedimentos estritamente médicos¹⁴ geram a sensação de que esse cenário pode ser modificado. Todavia esse fenômeno não é exclusivo da sociedade brasileira. A grande vulnerabilidade do adolescente à morte por causas externas, principalmente os adolescentes do sexo masculino, foi

descrita em diversos outros estudos com dados da realidade do Brasil e do mundo⁹⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸.

O coeficiente de mortalidade específico por idade foi calculado para o território nacional e em cada unidade federativa possibilitando uma visualização geral e fragmentada do cenário brasileiro, respectivamente. Dessa forma é possível verificar os locais em que os adolescentes estão mais vulneráveis. Identificar essa realidade é fundamental para uma tomada de decisão por parte da gestão. Pode-se constatar que São Paulo apresentou em todos os anos da série temporal o menor coeficiente de mortalidade específico para a idade. Ao analisar a violência letal a qual os adolescentes estão expostos através do Índice de Homicídio da Adolescência de 2012, notou-se que São Paulo, o estado mais populoso do país e com um grande número de municípios de grande porte, teve a maior queda desse índice nos últimos anos. Esse fenômeno não se restringiu apenas a capital, mas ampliou-se a um conjunto de municípios do Estado¹².

O sistema único de saúde (SUS) conta com programas de atenção a saúde do adolescente há décadas. A essência do SUS são as práticas de prevenção de agravos e promoção de saúde. Contudo, na faixa etária entre os 10 e 19 anos verifica-se um aumento de problemas que poderiam ser evitados por essas medidas. Diante desse cenário, a alternativa viável e coerente é a modificação da ênfase dos serviços de saúde dirigidos ao adolescente. Os profissionais de saúde devem incluir medidas preventivas como um componente fundamental de sua prática assistencial, ao invés da atenção estritamente biológica e curativa. A atividade de promoção de saúde direcionada para a população jovem é mais eficaz quando desenvolvida numa perspectiva de saúde coletiva, pois considera o indivíduo dentro de seu contexto. Este enfoque facilita a abordagem dos problemas desse público, como atividade sexual precoce, pressão de grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes e violência urbana. Internacionalmente, intitula-se promoção de saúde às intervenções que permitem ao

adolescente adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida⁶.

Os dados dessa análise são dados secundários obtidos através do SIM, que foi criado em 1975 com o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país, e possui abrangência nacional desde 1979¹⁶. Os dados provenientes das estatísticas de mortalidade são afetados por várias fontes de erro, mas dentro de uma perspectiva epidemiológica, fornecem dados valiosos sobre o estado de saúde das populações. A utilização dos dados depende, entre outros motivos, do adequado preenchimento dos registros, da acurácia na determinação da causa básica do óbito¹⁹. A captação de óbitos pelo SIM e a qualidade no preenchimento da declaração de óbito têm melhorado sensivelmente em todo o País. Os óbitos por causas externas em particular, têm encaminhamento obrigatório para institutos médicos legais onde as declarações de óbito tendem a ser melhor preenchidas²⁰. A melhora na qualidade das estatísticas vitais permite que as informações e as suas respectivas análises possam proporcionar mudanças positivas nas condições de vida da população, pois têm-se a oportunidade de fornecer subsídios aos gestores nos processos de planejamento das ações e na tomada de decisão.

Contudo, mesmo que seja possível comemorar melhores desempenhos nas estatísticas vitais no Brasil, a presente análise constou que existem aspectos dos registros que precisam ser aprimorados, como no caso da variável escolaridade. Esse item foi ignorado em 25,89% dos registros da série temporal analisada. O preenchimento incompleto da variável escolaridade nos registros vitais também foi constatado por Soares Filho et al.²⁰, que apontam que essa variável oferece informações mais fidedignas e menos flutuantes do que renda média mensal para definir o nível socioeconômico da população. Informações ausentes sobre escolaridade ou qualquer outra variável que se queira considerar, podem induzir a conclusões errôneas prejudicando o monitoramento dos eventos na população.

> CONCLUSÃO

A presente análise descritiva do perfil de mortalidade dos adolescentes no Brasil mostra que a maioria dos adolescentes brasileiros têm suas vidas interrompidas por causas externas de morbidade e mortalidade. Para o adolescente brasileiro ter o seu direito a vida garantido é necessário priorizar esse tema nas agendas públicas. Alertar a população e os gestores pú-

blicos torna-se imprescindível para que as dimensões do problema da violência letal contra adolescentes possam ser modificadas.

O maior êxito para se reduzir a mortalidade de adolescentes vítimas de causas externas passa por uma questão de articulação inter-setorial. Nessa perspectiva, o SUS se constitui em um importante espaço de prevenção de agravos e promoção de saúde no seu conceito mais amplo.

> REFERÊNCIAS

1. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicol Soc* 2002; 14 (2): 133-147.
2. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva 2014. [acesso em 15 abr 2017]. Disponível em: <<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>>.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância 2011: Adolescência uma fase de oportunidades. Caderno Brasil. Nova York 2011. [acesso em 15 abr 2017]. Disponível em: <[https://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11\(3\).pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11(3).pdf)>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. [Internet]. 2008-2012. [acesso em 16 abr 2017]. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.
5. Outeiral J. *Adolescer: Estudos sobre adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B Textos Básicos de Saúde). [acesso em 04 jun 2017]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>
7. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolesc Saude* 2005; 2(2):6-7.
8. Valle LELR, Mattos MJVM. *Adolescência: as contradições da idade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2010.
9. Yunes J, Primo E. Características da mortalidade em adolescentes brasileiros das capitais das Unidades Federadas. *Rev Saúde Pública* 1983; 17:263-78.
10. Siqueira AAF, Tanaka ACA. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. *Rev Saúde Pública* 1986; 20(4): 274-9.
11. Lolio CA, Santo AH, Buchalla CM. Mortalidade de adolescentes no Brasil, 1977, 1980 e 1985. Magnitudes e tendências. *Rev. Saúde Pública* 1990; 24(6): 481-9.
12. Borges D, Cano I (org). *Homicídios na adolescência no Brasil—IHA 2012*. Rio de Janeiro: SDH, 2014. [acesso em 04 jun 2017]. Disponível em: <http://prvl.org.br/wp-content/uploads/2015/01/IHA_2012.pdf>.
13. Gonsaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Avaliação da mortalidade por causas externas. *Rev Col Bras Cir* 2012; 39(4): 263-267.
14. Minayo MCS. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública* 1990; 6(3): 278-292.
15. Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSSCA, Neves ACM, Melo EM et al. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras-2009. *Ciênc saúde coletiva* 2012; 17(9): 2291-2304.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384 p.
 17. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet* 2009; 374(9693):881-92.
 18. Yunes J, Zubarew T. Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes: un desafío para la región de las Américas. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(3): 102-71.
 19. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. *Epidemiologia Básica*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2003.
 20. Soares Filho AMS, Souza MFM, Gazal-Carvalho C, Malta DC, Alencar AP, Silva MMA et al. Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16 (1):7-18.
-