

Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência

Violence against adolescents in Brazilian capitals based on a survey conducted at emergency services

Deborah Carvalho Malta¹
Regina Tomie Ivata Bernal²
Fabricia Soares Freire Pugedo¹
Cheila Marina Lima³
Marcio Denis Medeiros Mascarenhas⁴
Alzira de Oliveira Jorge⁵
Elza Machado de Melo⁵

Abstract *This study explored the characteristics of violence against adolescents who received treatment at urgent and emergency care centers participating in the 2014 Violence and Accident Surveillance System (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, VIVA) survey and determined the association between demographic variables and the characteristics of violent events. The sample was composed of 815 adolescents who responded to the 2014 VIVA survey. Correspondence analysis was used to determine possible associations between the variables. Victims were predominantly males and the most common form of aggression was the use of firearms and sharp objects. Among males aged between 15 and 19 years, violent acts were predominantly committed in public thoroughfares and by strangers, and the most common injuries consisted of fractures and cuts, while among younger adolescents aged between 10 and 14 years the most common form of aggression was threats made by friends at school. The most common place of occurrence among females was the home. It is concluded that violence against adolescents permeates the chief agencies of socialization – the family and school – demonstrating the need to mobilize the whole society in tackling this problem.*

Key words *Violence, Adolescent, Aggression, External cause, Surveillance*

Resumo *No estudo descrevem-se as características das violências praticadas contra os adolescentes atendidos em serviços de urgência e emergência participantes do inquérito Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em 2014, e analisar possíveis associações entre as variáveis. Foram analisados dados de 815 adolescentes na amostra e utilizada a análise de correspondência, que consiste em análise exploratória, visando identificar variáveis associadas de forma simultânea à violência contra eles. A agressão praticada contra os adolescentes teve como vítimas mais frequentes o sexo masculino, o meio de agressão utilizado foi a arma de fogo e objeto perfuro cortante. Na faixa etária de 15 a 19 anos, predominaram as ocorrências praticadas nas vias públicas, por agressores desconhecidos e predominaram lesões como fraturas e cortes. Entre as vítimas entre 10 e 14 anos, o local de ocorrência foi a escola e o agressor foi o amigo, por meio de ameaças. Entre as vítimas do sexo feminino, as ocorrências foram mais frequentes na residência. Conclui-se que a violência envolvendo adolescentes perpassa as mais importantes instituições socializadoras: a família, a escola, apontando a necessidade de mobilizar toda a sociedade na perspectiva do seu enfrentamento.*

Palavras-chave *Violência, Adolescente, Agressão, Causa externa, Vigilância*

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. dcmalta@uol.com.br

² Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Teresina PI Brasil.

⁵ Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

As causas externas são o principal motivo de morbimortalidade em adolescentes, sendo estimadas, pela OMS, cerca de 875.000 mortes anuais^{1,2}. Estudos apontam que a violência sofrida na infância e adolescência poderá resultar em consequências físicas e psicossociais devastadoras, atingindo diretamente a qualidade de vida destes indivíduos^{3,4}, além de resultar em incapacidades, transtornos psíquicos¹, e sofrimento para as famílias e sociedade. A violência contra adolescentes resulta, ainda, em gastos assistenciais elevados e constitui um grande problema em Saúde Pública⁵⁻⁸.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como: “uso intencional da força física ou poder, por meio de ameaças ou de forma concreta infringida a si mesma, a outra pessoa, a um grupo ou à comunidade, provocando ou possibilitando o aparecimento de lesão, morte, dano psicológico, deficiência no desenvolvimento ou privações”⁶. A violência é um fenômeno multicausal, associando-se com desigualdades econômicas e socioculturais, além de aspectos subjetivos e comportamentais distintos em diferentes sociedades⁸⁻¹⁰.

No Brasil, em 2013, as causas externas foram responsáveis por 143.070 internações de pacientes entre 10 a 19 anos, em hospitais que integram o Sistema Único de Saúde, e por 18.296 óbitos¹¹.

Estudos apontam que existe uma importante exposição de crianças e adolescentes à violência, sendo que esta pode ocorrer no ambiente familiar, no comunitário e no escolar¹², com finalidade de dominação, exploração e opressão¹⁰. Os principais tipos de violência contra a criança são: negligência ou abandono, física, psicológica-moral, sexual e, em geral, são perpetradas pelos pais, no ambiente familiar¹³. Entre adolescentes, a violência física (agressões) tende a ser mais frequente, inserida no contexto de desigualdades, com exposição a atos violentos praticados por desconhecidos, e ao consumo de álcool e outras drogas^{8,14}, podendo ser cometida dentro ou fora de casa.

Os adolescentes constituem grupo vulnerável, tornando-se importante desenvolver políticas de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos². Estudos nacionais sobre a ocorrência de violência neste grupo etário ainda são escassos, na maioria apoiando-se em bases de dados de mortalidade e de internação¹¹, estudos qualitativos^{9,12} ou de abrangência local¹³.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) com

dois componentes: a) Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de serviços sentinelas de emergências em municípios; e, b) Vigilância Contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras interpessoais ou autoprovocada. Nova edição foi realizada em 2014 e torna-se importante o monitoramento contínuo das causas externas e violências contra adolescentes para apoiar o monitoramento de políticas públicas¹⁴. A análise atual é inédita e justifica-se pela gravidade do tema, a morbimortalidade e a transcendência associadas à violência contra adolescentes.

A literatura tem apontado maior ocorrência de violência entre jovens adultos do sexo masculino⁶, entretanto, aspectos ainda permanecem pouco explorados como a relação com os agressores, o local de ocorrência do evento e os meios de agressão utilizados. O VIVA reúne os adolescentes vítimas de violência nas capitais brasileiras que podem apontar circunstâncias das ocorrências e ajudar a responder as lacunas de conhecimento e, assim, orientar melhor o desenho de políticas públicas e apoiar práticas de prevenção.

O objetivo do estudo foi descrever as características das violências praticadas contra os adolescentes, segundo dados demográficos, tipos de agressores envolvidos, locais de ocorrência, além de se estimar associação entre as variáveis.

Métodos

No estudo, de caráter transversal, foram analisados dados do inquérito da Vigilância de Acidentes e Violências (VIVA) referentes aos adolescentes (n = 815). Participaram da amostra do inquérito, em 2014, 86 serviços sentinelas de urgência e emergência, constantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES), do Sistema Único de Saúde (SUS), localizados nas capitais brasileiras, à exceção de Florianópolis e Cuiabá que não realizaram o inquérito¹⁴. O inquérito VIVA adotou procedimentos padronizados de pesquisa em todos os serviços da amostra como: instrumentos para coleta de dados, material instrutivo e fluxos. Foi realizado treinamento prévio à coleta para capacitação dos coordenadores locais do inquérito, em Brasília, organizado pela Diretoria de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, do Ministério da Saúde^{14,15}.

A população de estudo é composta pelas pessoas que procuraram atendimento em estabelecimentos do SUS, habilitados em emergências

por causas externas, nos municípios e estabelecimentos selecionados. Trata-se de uma amostra por conglomerados em único estágio de seleção, sendo a unidade primária de amostragem (UPA) composta por turnos de 12 horas. Para efeito de sorteio de turnos, considerou-se o período 30 dias contínuos, dividido em dois turnos (diurno e noturno), para a coleta, totalizando 60. A amostra total do inquérito foi de 55.950 entrevistados e maiores detalhes do mesmo podem ser conferidos em outras publicações^{14,15}

No estudo atual analisou-se as agressões sofridas por adolescentes, de 10 a 19 anos, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³. Foram utilizadas duas faixas etárias para comparação (10 a 14 anos e 15 a 19 anos).

Foi realizada análise exploratória das variáveis e para verificar possíveis associações entre as mesmas foi utilizada a *análise de correspondência*, uma vez que essa técnica permite trabalhar com uma grande quantidade de variáveis qualitativas, constituídas de grande número de categorias^{16,17}.

A *análise de correspondência* é uma técnica descritiva e exploratória e apresenta as associações entre variáveis em forma gráfica, organizando as variáveis em linhas e colunas, indicando,

portanto, o grau de associação entre as duas, expressas pela proximidade entre elas. Assim, as menores distâncias entre as categorias linha e coluna representam as associações mais fortes entre elas, enquanto que as maiores distâncias representam dissociações^{17,18}.

Foram selecionadas as seguintes variáveis de interesse e que compõe a ficha de coleta do inquérito VIVA: variáveis coluna, que correspondem às variáveis demográficas (sexo, faixa etária – 10-14 anos e 15 a 19 anos); e as variáveis linha: a) características do evento: meios usados para perpetrar a violência, ou meio de agressão (força corporal/espancamento, armas de fogo, envenenamento, objeto perfurocortante/contundente, ameaça); b) relação vítima/agressor (pai ou mãe, familiar, amigo, desconhecido); c) local de ocorrência (residência, escola, área de recreação, via pública); d) Tipo de lesão (sem lesão, contusão/entorse/luxação, corte/laceração, fratura/amputação/traumas) (Quadro 1).

A técnica de análise de correspondência simples (ACS) foi utilizada para descrever o perfil de adolescentes vítimas de violência do Inquérito VIVA. Por se tratar de dados provenientes de planos complexos de amostragem (PCA), em

Quadro 1. Variáveis demográficas das vítimas de agressão (variável coluna) e Variáveis relacionadas à ocorrência (variáveis linha). Conjunto das 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.

Variáveis demográficas dos adolescentes vítimas de agressão		
Variável	Valor	Descrição
0 a 14	1 = Sim; 0 = Não	Idade entre 0 e 14 anos
15 a 19	1 = Sim; 0 = Não	Idade entre 15 e 19 anos
Masc	1 = Sim; 0 = Não	Masculino
Variáveis relacionadas à ocorrência		
Força corporal/ Espancamento	1 = Sim; 0 = Não	Meio de agressão
Arma de fogo	1 = Sim; 0 = Não	Meio de agressão
Envenenamento	1 = Sim; 0 = Não	Meio de agressão
Objeto perfurocortante/ Condundente	1 = Sim; 0 = Não	Meio de agressão
Ameaça	1 = Sim; 0 = Não	Meio de agressão
Residência	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Escola	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Área de recreação	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Via pública	1 = Sim; 0 = Não	Local de ocorrência
Sem lesão	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da agressão
Contusão/Entorse/ luxação	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da agressão
Corte/laceração	1 = Sim; 0 = Não	Natureza da agressão
Fratura/Amputação/ Traumas	1 = Sim; 0 = não	Natureza da agressão
Pai/Mãe	1 = Sim; 0 = Não	Provável autor da agressão
Familiar	1 = Sim; 0 = Não	Provável autor da agressão
Amigo	1 = Sim; 0 = Não	Provável autor da agressão
Desconhecido	1 = Sim; 0 = Não	Provável autor da agressão

primeiro lugar, foram utilizadas tabelas de contingência para expansão da amostra (total de atendimentos de adolescentes) e, a partir delas, foi construído o gráfico de correspondência. O estimador^{18,19} do total de atendimentos por violências praticadas contra adolescentes em serviços sentinelas de urgência e emergência no período de 30 dias foi obtido pela expressão:

$$\hat{Y} = \sum_{h=1}^L \sum_{i=1}^{n_h} \sum_{j=1}^{m_{hi}} w_{hij} y_{hij}$$

sendo:

w_{hij} o peso da amostra no h-ésimo estrato (nces), i-ésima UPA (turno) e j-ésimo número de elementos do h-ésimo estrato da i-ésima UPA

y_{hij} o valor observado da variável (1 se possui e 0, em caso contrário) no h-ésimo estrato, i-ésima UPA e j-ésimo número de elementos do h-ésimo estrato da i-ésima UPA

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Resultados

A Tabela 1 de contingência apresenta os dados expandidos de adolescentes vítimas de agressão. A coluna apresenta idade e sexo das vítimas e na linha são apresentados os meios da agressão, local de ocorrência, tipo de lesão e agressor. Predominam eventos de violência no sexo masculino, de 15 a 19 anos, a força corporal/espancamento foi o meio de agressão mais frequente, seguido do uso de arma de fogo e envenenamento. Para mulheres, predominou a força corporal/espancamento, seguido de envenenamento. O local de ocorrência mais frequente para as mulheres foi a residência, seguida da via pública; para os homens, foi o inverso: a via pública, seguida da residência. A escola ficou em terceiro para ambos. Adolescentes de 10 a 14 anos tiveram mais ocorrências na escola. Dentre os tipos de lesões predominam cortes e lacerações, seguidos de contusão/entorse/luxação. Os agressores desconhecidos foram mais frequentes para os homens e entre 15 a 19 anos.

Tabela 1. Variáveis relacionadas às ocorrências de agressão em adolescentes, expressa em frequências absolutas expandidas^(*) estratificada por idade e sexo da vítima. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, VIVA, setembro a novembro de 2014.

Variáveis	Idade (ano)		Sexo	
	10 a 14	15 a 19	Masculino	Feminino
Meio de agressão				
Força corporal/ Espancamento	388	774	685	477
Arma Fogo	54	423	449	27
Envenenamento	30	412	334	108
Objeto perfurocortante/Contundente	108	162	183	87
Ameaça	38	14	25	27
Local de ocorrência				
Residência	166	379	238	307
Escola	185	76	162	99
Área recreação	38	82	110	10
Via pública	178	985	916	248
Tipo de lesão				
1-Sem_lesão	93	56	40	110
2-Contusão/Entorse/luxação	222	378	357	242
3-Corte/laceração	201	901	864	238
4-Fratura/Amputação/Traumas	72	318	290	100
Agressor				
Pai/Mãe	56	52	26	82
Familiar	102	136	134	104
Amigo	293	398	498	194
Desconhecido	144	944	896	192

(*) frequências expandidas.

A Tabela 2 apresenta as medidas estatísticas resultantes da análise de correspondência. A primeira coluna apresenta o número de dimensões necessário para explicar 100% da variabilidade conjunta das duas variáveis. As duas últimas colunas mostram a proporção simples e acumulada da variância explicada em cada dimensão. Assim, as duas primeiras dimensões explicam 100% da variância total, sendo que a primeira explica

84,6% e a segunda 15,4%. O valor do χ^2 do teste de independência das linhas e colunas da tabela mostra que a hipótese H_0 de independência entre as linhas e colunas é rejeitada. Conclui-se que existe associação entre as variáveis demográficas e as características relacionadas à ocorrência de vítimas de agressão em adolescentes.

A Tabela 3 apresenta as características relacionadas à agressão entre adolescentes e as variáveis

Tabela 2. Dimensões, proporção da variância explicada na análise de correspondência.

Dimensão	Valor singular	Inércia	chi2	% variância explicada	% variância explicada acumulada
1	0,30	0,09	1632,58	84,63	84,63
2	0,13	0,02	296,48	15,37	100,00
3	0,00	0,00	0,01	0,00	100,00
total		0,11	1929,07	100,00	

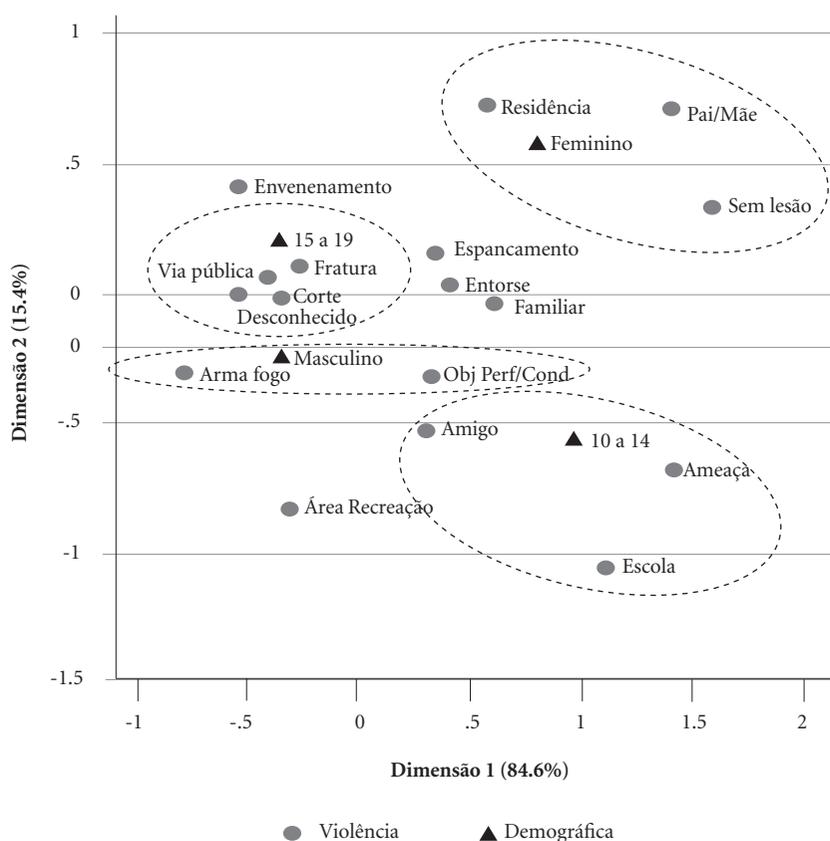
Tabela 3. Características relacionadas à agressão entre adolescentes e as variáveis que compõem cada dimensão.

Categorias	Geral			Dimensão 1			Dimensão 2		
	massa	qualidade	% inércia	coord	sqcorr	contrib	coord	sqcorr	contrib
Violência									
Meio de agressão									
Força corporal/ Espancamento	0.131	1.000	0.049	0.352	0.922	0.053	0.157	0.078	0.025
Arma	0.054	1.000	0.099	-0.787	0.936	0.110	-0.315	0.064	0.041
Envenenamento	0.050	1.000	0.050	-0.533	0.793	0.047	0.417	0.207	0.067
Obj. Perf. Contundente	0.030	1.000	0.013	0.329	0.711	0.011	-0.321	0.289	0.024
Ameaça	0.006	1.000	0.036	1.411	0.911	0.039	-0.675	0.089	0.021
Local de ocorrência									
Residência	0.062	1.000	0.096	0.575	0.592	0.067	0.732	0.408	0.255
Escola	0.029	1.000	0.139	1.102	0.718	0.118	-1.056	0.282	0.254
Área Recreação	0.014	1.000	0.015	-0.298	0.230	0.004	-0.836	0.770	0.073
Via pública	0.131	1.000	0.062	-0.408	0.989	0.072	0.065	0.011	0.004
Agressor									
Pai/Mãe	0.012	1.000	0.074	1.403	0.899	0.079	0.722	0.101	0.049
Familiar	0.027	1.000	0.028	0.605	0.998	0.032	-0.040	0.002	0.000
Amigo	0.078	1.000	0.045	0.302	0.436	0.023	-0.526	0.564	0.167
Desconhecido	0.123	1.000	0.093	-0.521	1.000	0.110	0.009	0.000	0.000
Tipo de lesão									
Sem Lesão	0.017	1.000	0.120	1.583	0.981	0.139	0.333	0.019	0.014
Entorse	0.068	1.000	0.033	0.417	0.998	0.039	0.028	0.002	0.000
Corte	0.124	1.000	0.040	-0.339	0.999	0.047	-0.014	0.001	0.000
Fratura	0.044	1.000	0.009	-0.259	0.930	0.010	0.109	0.070	0.004
Demográfica									
10 a 14	0.134	1.000	0.393	0.959	0.872	0.405	-0.563	0.128	0.328
15 a 19	0.366	1.000	0.144	-0.350	0.872	0.148	0.205	0.128	0.119
Masculino	0.350	1.000	0.138	-0.340	0.816	0.134	-0.247	0.184	0.165
Feminino	0.150	1.000	0.325	0.798	0.817	0.314	0.579	0.183	0.387

demográficas que compõem cada dimensão. A) A dimensão 1 é explicada pela variável meio de agressão, que contribui com 26% da explicação, sendo seguida da variável agressor com 24% de contribuição e tipo de lesão com 24%. Na característica demográfica, a idade é a que mais contribui para a dimensão 1 com 55%. B) Na dimensão 2, o local de ocorrência é a que mais contribui, com 59%, sendo seguida pela variável agressor, com 22%. C) Na característica demográfica, a variável sexo é a que mais contribui para a dimensão 2 com 55%.

A representação simultânea dos conjuntos de variáveis, constituídas pelas linhas e colunas da tabela, foi possível devido à existência da associação entre as categorias das duas variáveis. Na Figura 1 aparecem as categorias de idade e sexo das vítimas associadas às características de violência

nas duas dimensões. A Dimensão 1 explica 15,4% e a dimensão 2 explica 84,6%. Observando-se as proximidades das variáveis no gráfico, verifica-se que as associações foram: A) vítimas do sexo feminino, o local de ocorrência foi a residência, tendo o Pai/Mãe como agressores, e predominam agressões de menor gravidade, ou sem lesão. B) As vítimas do sexo masculino estão associadas com o meio de agressão por arma de fogo e objeto perfuro cortante. C) As vítimas com idade entre 15 e 19 anos mostraram-se associadas às lesões do tipo fratura e corte, o local de ocorrência mais frequente foi a via pública e o agressor foi desconhecido. D) As vítimas entre 10 e 14 anos mostraram associação com o meio de agressão: ameaça, o agressor foi o amigo e o local de ocorrência a escola.



coordinates in symmetric normalization

Figura 1. Gráfico Bi-plot de adolescentes vítimas de agressão. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.

Discussão

O estudo atual analisa a violência praticada contra os adolescentes, segundo dados do inquérito VIVA 2014, em portas de emergência nas capitais brasileiras e apontou que os homens foram vítimas de violência com maior frequência. Estudos anteriores têm destacado o sexo masculino como variável preditora de comportamentos violentos^{11,20,21}. As diferenças culturais de gênero indicam uma perspectiva machista desde a infância, que se encontra expressa nas brincadeiras e jogos das crianças. Enquanto meninos preferem armas de fogo, espadas, meninas brincam com bonecas, naturalizando comportamentos de belicosidade, domínio e poder entre os primeiros^{10,21-23}. Autores destacam, ainda, aspectos como o estímulo e a maior liberdade conferidos aos adolescentes do sexo masculino, que saem de casa com maior frequência, o que pode resultar em maior exposição aos riscos, em todas as faixas etárias, desde a infância até a fase adulta^{10,21-23}.

O estudo atual apontou que adolescentes mais velhos, de 15 a 19 anos, foram mais envolvidos em situação de violência nas vias públicas, o que está coerente com a literatura^{1,11}. Estas ocorrências expressam hábitos de vida, como sair com maior frequência, frequentar festas e baladas, expor-se a mais riscos nos espaços públicos, em conformidade com a literatura²⁴⁻²⁷. Já as meninas sofreram mais violência no domicílio, o que está de acordo com estudos anteriores, segundo os quais a violência sofrida pelas meninas na infância tem nos pais, namorado ou companheiro da mãe, os principais autores da agressão²⁷⁻³⁰.

A violência praticada contra as meninas em suas residências, pelos próprios pais, cria círculos viciosos, mantendo uma cultura de dominação, impondo em suas vítimas medo, angústias, silêncios e fatalidades^{29,30}. Schraiber et al.²⁹ apontam diferentes perspectivas da violência conforme o gênero: no caso das meninas, transforma os atos de violência em ocorrências comuns, cotidianas e, no caso dos meninos, perpetuam, na maioria das vezes, comportamentos machistas, transformando-os em futuros agressores^{29,30}. Esses diferenciais segundo o sexo são elementos culturais de banalização e aceitação da violência²⁹.

Quanto às características das lesões, predominam eventos sem estas entre meninas, enquanto que entre meninos de 10 a 14 anos foram mais frequentes as ameaças. Entretanto, entre os adolescentes do sexo masculino de 15 a 19 anos, foram descritas lesões mais graves como força corporal/espantamento, fraturas, cortes, entor-

ses, e, na maioria, praticadas em vias públicas, por agressor desconhecido. Esta associação entre sexo masculino e adolescentes mais velhos e jovens adultos se define como um aumento de riscos e sobremortalidade masculina, já apontados na literatura^{11,26}.

Este é o primeiro estudo do inquérito VIVA que associou a violência ocorrida na escola com adolescentes mais jovens, de 10 a 14 anos, sendo praticadas por meio de ameaças e por amigos. O tema *bullying* tem sido pesquisado em inquéritos específicos de adolescentes, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)^{31,32}. Este se caracteriza por ameaças e ofensas, perpetradas por amigos e colegas, mas também pode ocorrer pelo uso de força física³². Experiências de violência vividas por adolescentes se associam com maior envolvimento em atos de violência na escola, como vítimas ou agressores, havendo correlação significativa entre estes dois tipos de violência³³.

O VIVA, mesmo sem incluir perguntas específicas sobre o tema, foi consistente com a literatura ao mostrar que a violência contra escolares atinge adolescentes mais jovens, e se traduz por ameaças e medos^{31,32}. Destaca-se ainda o fato das vítimas terem procurado unidades de urgência e emergência, apontando, provavelmente, que foram eventos de maior gravidade e que resultaram em lesões, o que mostra a importância de se enfrentar, e prioritariamente, a violência na escola, visando sua superação.

A investigação atual sobre a violência entre adolescentes ganha importância ainda mais quando se pensa em suas consequências, não apenas no momento de sua ocorrência, mas para toda a vida; não apenas para cada adolescente e sim para toda a sociedade. Perpetrada no âmbito doméstico, a violência contra o adolescente se associa com desenvolvimento de comportamento agressivo³⁴ e com distúrbios psicopatológicos^{34,35}. A violência sofrida pelo adolescente, qualquer que seja sua expressão, se associa com comportamento agressivo, gerando, portanto, mais violência³⁶.

Os atos de violência praticados contra crianças e adolescentes são obstáculos ao desenvolvimento desses indivíduos e constituem um grave problema de saúde pública. O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990)³⁷ assegura direitos especiais e proteção integral ao adolescente, além da obrigatoriedade da notificação compulsória de casos suspeitos ou confirmados de violência e maus-tratos pelos profissionais de saúde. O ECA assegura que *é dever da família,*

da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, dentre outros, tornando-se imprescindível avançar nas medidas de proteção.

O estudo atual inova ao empregar a análise de correspondência, que permite inserir diversas variáveis e observar proximidades dos dados de forma gráfica, indicando associação entre os mesmos¹⁸.

Dentre os limites do presente estudo, cita-se a possível omissão de informações relativas a ocorrências de violências pelos adolescentes ou responsáveis em função da natureza do tema. A utilização da estratégia de serviços de urgência e emergência públicas, por um lado, agrega vantagens por serem hospitais especializados em atendimentos de causas externas, com maior precisão na assistência instituída, mas, por outro lado, podem não representar estimativas populacionais, pela seleção na escolha dos serviços. Entretanto, os hospitais públicos, na maioria das capitais estudadas, constituem a referência de atendimento de causas externas, podendo se constituir como *proxy* do universo. Destaca-se ainda a natureza

exploratória do estudo que poderá ser complementado com outras análises.

Dentre as recomendações, o estudo atual conclui sobre a importância de se incluir nas próximas edições do VIVA questões específicas referentes ao *bullying*, prática comum no ambiente da escola e perpetrada por colegas, amigos e, em geral, contra adolescentes mais jovens.

Conclusão

As violências contra adolescentes são um grave problema de saúde pública e acometem predominantemente o sexo masculino, de 15 a 19 anos, sendo mais praticado nas vias públicas por desconhecido, enquanto os adolescentes mais jovens, de 10 a 14 anos, sofrem mais violências nas escolas. As mulheres sofrem mais ocorrências de violências no domicílio. O VIVA torna-se um instrumento vital por permitir visibilidade ao tema. Assim, o estudo atual destaca que as violências encontram-se nas mais importantes instituições socializadoras – a família, a escola, o bairro, o que aponta a necessidade de mobilizar toda a sociedade na perspectiva do seu enfrentamento.

Colaboradores

DC Malta trabalhou na concepção do estudo, na análise e interpretação dos dados, revisão de literatura, na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada. RTI Bernal realizou análise dos dados, interpretação dos dados, revisão final do texto. FSF Pugedo, CM Lima, MDM Mascarenhas, AO Jorge e EM Melo contribuíram com análise crítica, revisão final do texto. Todos os autores aprovaram sua versão final.

Referências

- World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). *Child and adolescent injury prevention: a global call to action*. Geneva: WHO, UNICEF; 2005.
- Hyder AA, Puvanachandra P, Tran NH. Child and adolescent injuries: a new agenda for child health. *Inj Prev* 2008; 14:67.
- World Health Organization (WHO). *Health topics: adolescent health*. Geneva: WHO; 2010. [acessado 2010 jan 30]. Disponível em: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/.
- Morais RLGL, Sales ZN, Rodrigues VP, Oliveira JS. Ações de proteção à crianças e adolescentes em situação de violência. *Rev enferm UFPE on line* 2016 abr-jun [acessado 2017 fev 10]; 8(2):1645-1653. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf_1901.
- World Health Organization (WHO). *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO, Unicef; 2008.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
- World Health Organization (WHO). *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: WHO; 2004.
- Malta DC, Sardinha LMV, Mendes I, Barreto SM, Giatti L, Castro IRR, Moura L, Dias AJR, Crespo C. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):3053-3063.
- Costa DKG, Reichert LP, França JRFS, Collet N, Reichert APS. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. *Trab. Educ. Saúde* 2015; 13(2):79-95.
- Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil 2015: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília: MS; 2016.
- Paixão GPN, Santos NJS, Matos LSL, Santos CKFS, Nascimento DE, Bittencourt IS, Silva RS. Violência escolar: percepções de adolescentes. *Rev Cuid* 2014; 5(2):717-722.
- Santos TMB, Cardoso MD, Pitangui ACR, Santos YGC, Paiva SM, Melo JPR, Silva LMP. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(12):3907-3916.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2014*. Brasília: MS; 2016.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, Bernal RT. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Cien Saude Colet* 2016; 21(12):3729-3744.
- Mingoti SA. *Análise de Dados Através de Métodos Estatísticos Multivariados. Uma Abordagem Aplicada*. Belo Horizonte: UFMG; 2005.
- Souza AMR. *Análise de Correspondência* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1982.
- Souza AC, Bastos RR, Vieira MT. Análise de Correspondência Simples e Múltipla para Dados Amostras Complexos. [acessado 2010 ago 18]. Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Artigo%20Sinape%20v2.pdf>
- STATA CORP - Stata Survey Data Reference Manual. College Station: Stata Corporation; 2003.
- Peltzer K. Injury and social determinants among in-school adolescents in six African countries. *Inj Prev* 2008; 14(6):381-388.
- Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):59-70.
- Minayo MC. Laços perigosos entre machismo e violência. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):18-34.
- Minayo MC, Constantino P. Visão ecossistêmica do homicídio. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3269-3278.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSCA, Neves ACM, Melo EM, Júnior JBS. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2291-2304.
- Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saude Publica* 2001; 35(2):142-149.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello-Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet* 2011; 6736(11):75-89. [acessado 2012 fev 24]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>
- Gaspar VLV, Lamounier JA, Cunha FMA, Gaspar JC. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. *J. Pediatr* 2004; 80(6):447-452.
- Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):655-665.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N esp):112-120.
- Couto MT, Schraiber LB. Homens, saúde e violência: novas questões de gênero no campo da saúde coletiva. In: Minayo MCS, Coimbra JCEA, organizadores. *Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 687-706.
- Malta DC, Prado RR, Dias AJ, Mello FC, Silva MA, Costa MR, Caiaffa WT. Bullying and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17:131-145.
- Oliveira WA, Silva MAI, Silva JL, Mello FCM, Prado RR, Malta DC. Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 17]; 92:32-39. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpdp.2015.06.002>

33. Vökl-Kernstock S, Huemer J, Jandl-Jager E, Abensberg-Traun M, Marecek S, Pellegrini E, Plattner B, Skala K. Experiences of Domestic and School Violence Among Child and Adolescent Psychiatric Outpatients Child. *Psychiatry Hum Dev* 2016; 47(5):691-695.
34. López-Soler C, Alcántara-López M, Castro M, Sánchez-Meca J, Fernández V. The Association between Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and Emotional and Behavioral Problems in Spanish Children and Adolescents. *J Fam Viol* 2017; 32(2):135-144.
35. Gallo EAG, De Mola CL, Wehrmeister F, Gonçalves H, Kieling C, Murray J. Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *J Affect Disord* 2017; 217:218-224.
36. Foshee VA, McNaughton Reyes HL, Chen MS, Ennett ST, Basile KC, DeGue S, Vivolo-Kantor AM, Moracco KE, Bowling JM. Shared Risk Factors for the Perpetration of Physical Dating Violence, Bullying, and Sexual Harassment Among Adolescents Exposed to Domestic Violence. *J Youth Adolescence* 2016; 45(4):672-686.
37. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.

Artigo apresentado em 25/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 12/06/2017