

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Faculdade de Medicina**

**Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência**

**Fabírcia Soares Freire Pugêdo**

**REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE  
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA): características da violência em todos os  
ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente**

**Belo Horizonte**

**2018**

**FABRÍCIA SOARES FREIRE PUGÊDO**

**REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE  
VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA): características da violência em todos os  
ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós  
Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da  
Violência da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde e  
Prevenção da Violência.**

**Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da  
Violência**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Deborah Carvalho Malta**

**Belo Horizonte**

**2018**

P978r Pugêdo, Fabrícia Soares Freire.  
Revisão da produção científica do sistema de vigilância de violências e acidentes (VIVA) [manuscrito]: características da violência em todos os ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente. / Fabrícia Soares Freire Pugêdo. - - Belo Horizonte: 2018.  
80f.: il.  
Orientador (a): Deborah Carvalho Malta.  
Área de concentração: Promoção da Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Sistemas de Informação em Saúde. 2. Violência. 3. Causas Externas. 4. Inquéritos e Questionários. 5. Estatísticas de Saúde. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Malta, Deborah Carvalho. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. III. Título.

NLM: WA 250

## **DEDICATÓRIA**

Ao Filipe, que sempre me ajudou e incentivou para que esse sonho se tornasse uma realidade. Meu grande amor e companheiro de todos os momentos.

À minha filha Ana Luísa, por transformar minha vida em dias iluminados.

À minha mãe, por ser esta mulher guerreira e maravilhosa, sempre ao meu lado em todos os momentos, minha grande incentivadora.

Ao meu pai, que sempre acreditou em mim e deu todo o incentivo para a concretização de mais esta conquista.

À Gislene, você é minha tia-irmã, muito obrigada por sempre estar ao meu lado e me incentivar.

À Kênia, minha grande amiga que morará para sempre em minhas lembranças e em meu coração, para sempre sentirei saudade.

## AGRADECIMENTO

À Deus, por mais essa promessa cumprida em minha vida.

À minha orientadora Deborah Carvalho Malta, por ter me dado este tema como presente, ter compartilhado comigo seu conhecimento e por toda a paciência durante essa grande jornada.

À minha professora Elza Machado de Melo, por me ensinar a ser uma pessoa melhor, me acolher e mostrar que o mundo pode ser diferente, se assim desejarmos.

Às amigas Daysi, Názia, Rose, Flávia, Lindalra e Valéria por terem dividido comigo todo seu conhecimento.

Às secretárias Lauriza e Amanda por sempre estarem dispostas a me ajudar.

Aos familiares que sempre estiveram ao meu lado.

Aos professores da graduação, que me inspiraram e me ensinaram que podemos ter nossas vidas transformadas através do estudo e dedicação.

Aos colegas de trabalho que sempre me apoiaram: Cristiano, Flávia, Cibele, Bárbara, Fernando, Patrícia, Ana Luiza, Cida, Cleuza, Marisa, Carminha, Ida, Ilze e Elizângela.

A todos que de alguma maneira contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

**“A escola não transforma a realidade, mas pode ajudar a formar sujeitos capazes de fazer a transformação, da sociedade, do mundo, de si mesmos...”**

**Paulo Freire**

**“ Suas formas mais atrozes e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas por se encontrarem prolongadas no tem e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável. A violência dos indivíduos e grupos tem que ser relacionada com a do Estado. A dos conflitos com a da ordem”**

**Domenach**

## RESUMO

A violência tem grande impacto nos serviços de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos, família e sociedade. Dados referentes aos países desenvolvidos, como Estados Unidos da América (EUA) e Suécia, mostram que a cada óbito por causas externas (acidentes e violências), ocorrem 30 internações hospitalares e 300 atendimentos em serviços de urgência e emergência que evoluem para a alta. No Brasil, inicialmente, a Vigilância Epidemiológica a respeito das causas externas eram focadas na Declaração de Óbito (DO) e internação hospitalar, sendo estes dados disponibilizados pelo Sistema de Informação Sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Os dados disponíveis nestes dois sistemas são provenientes de atendimentos de grande magnitude e gravidade, que desencadearam no óbito ou internação hospitalar, além de serem focados exclusivamente nas vítimas. Dessa forma, verifica-se uma grande lacuna em relação aos atendimentos por causas externas que evoluíram para formas mais leves, além de outras características da violência que não estão exclusivamente relacionadas com as vítimas. Mediante essa casuística, no ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que permite analisar as características e fatores relacionados às causas externas. O Sistema VIVA é constituído por dois componentes: a) VIVA Inquérito e b) VIVA Sinan. O VIVA Inquérito é uma pesquisa realizada nas principais portas de atendimento de urgência e emergência de todo o país, sendo que suas edições ocorreram nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. O VIVA Sinan dá-se por meio da coleta de dados de forma contínua, desenvolvendo-se mediante a notificação da violência interpessoal e autoprovocada, realizada por todos os serviços de saúde brasileiros. Os dados referentes a essas notificações são disponibilizados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O VIVA possibilita melhorar a qualidade e o monitoramento dos dados, atendimento integralizado às vítimas e estimulação para a implementação de políticas públicas que visem à prevenção da violência e uma cultura de paz. Mediante a grande importância do VIVA no subsídio de dados e informações sobre a temática da violência, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica sobre o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), quanto às características da violência em todos os ciclos de vida (objetivo 1) e os fatores associados à violência praticada contra

os adolescentes (objetivo 2). Para alcançar o objetivo 1, foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) da literatura. Para alcançar o objetivo 2, foram analisados dados do VIVA Inquérito, edição 2014, referentes aos adolescentes (n=815) que sofreram agressões, por meio da utilização das técnicas de análise exploratória e análise de correspondência das variáveis. Os resultados para o objetivo 1 mostraram que em relação a agressão praticada contra as crianças e os adolescentes foram evidenciadas 18 publicações. Em relação às características da violência, o sexo masculino e a raça negra foram mais predominantes. A negligência foi o tipo de violência mais evidenciada entre as crianças e a física entre os adolescentes. A residência foi o local de ocorrência com maior destaque para a violência contra as crianças e a via pública entre os adolescentes. Quanto ao agressor, os pais foram os mais frequentes entre as crianças e o desconhecido entre os adolescentes. A recorrência da violência foi evidenciada entre 5 a 54% dos atendimentos, de acordo com as publicações. Em relação à violência contra os adultos foram evidenciadas 28 publicações que analisaram dados do VIVA, sendo que 32% destes artigos trouxeram dados relacionados a violência contra a mulher e 68% abordaram o tema da violência contra os adultos, sem distinção de sexo. Em relação às agressões praticadas contra as mulheres, houve a predominância da faixa etária de 20 a 39 anos, raça negra e com baixa escolaridade. A violência física foi a tipologia mais frequente. O principal local de ocorrência da violência foi a residência. Os parceiros íntimos (companheiro e ex-companheiro) foram evidenciados como os principais agressores. Em relação à violência entre os adultos, avaliando o sexo masculino e o feminino, o sexo masculino foi apontado pelas evidências científicas como o mais predominante, na faixa etária de 20 a 29 anos, raça negra e baixa escolaridade. A violência física foi a tipologia mais evidenciada. A via pública foi destacada como o principal local de ocorrência e o desconhecido como o agressor mais frequente. Em relação à violência contra os idosos foram evidenciadas 6 publicações que analisaram dados a respeito do VIVA, sendo o sexo feminino o mais predominante. Entre os idosos mais vitimizados foram frequentes os com baixa escolaridade e sem companhia marital. A tipologia da violência mais recorrente foi a física. A reincidência da violência contra os idosos foi destacada pelas publicações assumindo um percentual de 19 a 54% dos casos. A residência foi o principal local de ocorrência e os filhos os agressores mais frequentes. O uso de álcool foi evidenciado como um fator de risco para a ocorrência da violência em todos os ciclos de vida analisados. Os resultados para o objetivo 2 mostraram que as vítimas mais frequentes para a violência entre os adolescentes são do



sexo masculino, o meio de agressão mais utilizado foi a arma de fogo e o objeto pérfuro cortante. Na faixa etária de 15 a 19 anos, predominaram as ocorrências praticadas nas vias públicas, por agressores desconhecidos e as principais lesões foram as fraturas e cortes. Entre as vítimas de 10 a 14 anos, o principal local de ocorrência foi a escola e o agressor o amigo, por meio de ameaças. Entre as vítimas do sexo feminino, as ocorrências foram mais frequentes na residência. Considera-se que os dados constantes no VIVA possibilitam uma grande visibilidade da temática da violência e que esta, por sua vez, perpassa as mais importantes instituições socializadoras: a família, o espaço público, a escola, apontando a necessidade de mobilizar toda a sociedade na perspectiva do seu enfrentamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sistemas de Informação em Saúde. Violência. Causas externas. Inquéritos e questionários. Estatísticas de Saúde.

## ABSTRACT

Violence has a major impact on health services as well as on the quality of life of individuals, families, and society. Data from developing countries, such as the United States of America and Sweden, show that for each death due to external causes (accidents and violence), there were 30 hospital admissions and 300 visits to the emergency departments. In Brazil, the Epidemiological Surveillance associated with external causes was initially focused on Death Certificate and hospital admission. These data are available in the Information System on Mortality and Hospital Admission System of the Brazil Public Health System called Unified Health System (SUS). The data available in these two systems come from the care of great severity, which triggered the death or hospitalization, in addition to an exclusive focus on the victims. As a result, there is a large gap for the care that evolved into milder forms of violence, and also about other characteristics of violence that are not exclusively related to the victims. In 2006, the Brazilian Health Bureau implemented the Violence and Accident Surveillance System (VIVA), which allows the analysis of characteristics and factors related to external causes of violence. The VIVA System consists of two components: the VIVA Survey and the VIVA National Injury Registry Database (SINAN). The VIVA Survey is carried out in the main services of urgency care throughout the country. These surveys were done in the years of 2006, 2007, 2009, 2011, 2014, and 2017. On the VIVA SINAN, data is collected on a continuous basis through notification of interpersonal/self-harm violence that is carried out by all Brazilian health services. VIVA makes it possible to improve the quality and the monitoring of data, to ensure an integrative care to the victims, and to incentivize the implementation of public policies, aiming at the prevention of violence and promotion of the culture of peace. The goal of this study is to analyze the literature research about the Violence and Accident Surveillance System (VIVA) data, with focus on the characteristics of violence in all the life cycles (objective 1) and the factors associated to the violence against adolescents (objective 2). In order to achieve the first objective, an Integrative Review (IR) of the literature was performed. For reaching the second one, data from the VIVA survey, the year of 2014, related to adolescents ( $n = 815$ ) who suffered aggression, was analyzed. The methodology employed exploratory analysis and correspondence analysis of the variables. The results of objective 1 showed 18 publications associated with violence against children and adolescents. The

characteristics of male gender and black ethnic were the most ones associated with violence. Neglect was the most evident type of violence between children while the physical one was the most predominant among adolescents. The home was the major place of occurrence of violence against children while the public places were the main ones among adolescents. The parents were the most frequent aggressors among the children. In the case of adolescents, unknown people were the aggressors. According to the literature, the recurrence of violence was evidenced between 5 to 54% of the visits to the health care. In the cases of violence against adults, 28 studies analyzed the VIVA data. A total of 32% of the studies addressed violence against women while the other 68% addressed violence against adults regardless of gender. In relation to the violence against women, the most of the aggressors were in the age group of 20 to 39 years, black race and low schooling level. The physical violence was the most frequent one. The main place of violence was the residence. The intimate partners (companion and former companion) were the main aggressors. The same happened in the other 75% of the studies. The male gender, black race, and low schooling level showed to be the most prevalent among the aggressors, in the age group of 20 to 29 years. Physical violence was the most prevalent as well. However, the public places were highlighted as the main one of the occurrence of violence and the unknown as the most frequent aggressor. In relation to violence against the elderly, 6 studies showed analyses of the VIVA data. The female individuals, low schooling, and single were the more frequent victims. Low Physical violence was the most recurrent one. The recurrence of violence against the elderly was highlighted by studies, accounting for 19 to 54% of the cases. The residence was the main place of occurrence and the children were the most frequent aggressors. The use of alcohol was evidenced as a risk factor for the occurrence of violence in all life cycles analyzed. The results for objective 2 showed that the most frequent victims of violence among adolescents are male. The most commonly used means of aggression were firearms and cutting objects. In the age group of 15 to 19 years old, the violence was more frequent in the public places and the aggressors were unknown. The main injuries were fractures and cuts. Among the victims of 10 to 14 years old, the main place of occurrence of violence was the school. The aggressor was mainly a friend or colleague performing bullying. Occurrences of violence were more frequent at home for female victims. The data from the VIVA allowed a larger visibility of the violence, which permeates the most important socializing institutions: the family, the public

space, and the school. As a consequence, an effort of the whole society is necessary in order to confront this threat.

**KEYWORDS:** Health Information Systems. Violence. External Causes. Surveys and Questionnaires. Health Statistics.

## **LISTA DE SIGLAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde

ATT – Acidentes de Transporte Terrestre

MS – Ministério da Saúde

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

VIVA - Vigilância de Violências e Acidentes

SUS - Sistema Único De Saúde

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

EUA - Estados Unidos da América

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

RI - Revisão Integrativa

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

BDENF - Base De Dados Da Enfermagem

MEDLINE- Medical Literature Analysis And Retrieval System Online

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

Sinan NET – Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão net

IBECS – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de La Salud

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

## **LISTA DE FIGURAS**

### **Artigo 1**

Figura 1 – Fluxograma de seleção e inclusão de artigos, Belo Horizonte, 2017.....36

### **Artigo 2**

Figura 1 – Gráfico Bi-plot de adolescentes vítimas de agressão. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, setembro a novembro de 2014.....77

## LISTA DE QUADROS

### Artigo 1

Quadro 1 – Catalogação dos artigos, segundo ciclo vital, título do estudo, periódico e ano de publicação, Belo Horizonte, 2017.....37

### Artigo 2

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.....74



## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.....52

Tabela 2 - Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra os adultos, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.....53

Tabela 3 - Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra os idosos, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.....54

### Artigo 2

Tabela 1 - Variáveis relacionadas às ocorrências de agressão em adolescentes, expressa em frequências absolutas expandidas<sup>(\*)</sup> estratificada por idade e sexo da vítima. Conjunto de 24 capitais e Distrito Federal, VIVA, setembro a novembro de 2014.....75

Tabela 2 - Dimensões, proporção da variância explicada na análise de correspondência.....76

Tabela 3 – Coordenadas e contribuições das características de adolescentes vítimas de agressão.....76

## SUMÁRIO

### PARTE 1

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1 Causas externas .....	20
1.2 Dados epidemiológicos da morbimortalidade por causas externas no Mundo e no Brasil .....	21
1.3 A implementação de políticas públicas para enfrentamento da violência no Brasil	21
1.4 A implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes .....	23
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	26
2.1 Objetivo geral .....	26
2.2 Objetivos específicos .....	26
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	27

### PARTE 2

<b>ARTIGOS DE RESULTADOS</b> .....	30
Artigo 1 Características da violência nos diferentes ciclos de vida: uma revisão da literatura.....	31
Artigo 2 Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência.....	56

## **PARTE 1 – PROJETO DE PESQUISA**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Causas externas

As causas externas (acidentes e violências) são reconhecidas como um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo, devido a sua magnitude, transcendência e vulnerabilidade<sup>1,2,3,4</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que esse é um problema enfrentado principalmente pelos países em desenvolvimento<sup>1</sup>, e que esses agravos causam grande impacto na saúde das pessoas, aumento da morbimortalidade e diminuição da qualidade e expectativa de vida<sup>5</sup>, afetando a saúde individual e coletiva, além disso, eles também são responsáveis por produzir altos custos sociais, econômicos, familiares e pessoais<sup>1</sup>.

Em 2002, a OMS publicou o primeiro Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde e definiu a violência como<sup>6</sup>:

Uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

A violência é reconhecida com um fenômeno complexo e multicausal. Refere-se a ações de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro, podendo estar relacionada a conflitos de autoridade, a luta pelo poder e a vontade de domínio<sup>7</sup>.

Os tipos de violência são caracterizados pela OMS como<sup>1</sup>:

- a) **violência autodirigida**: composta por comportamento suicida e agressão auto-infligida/autoprovocada;
- b) **violência interpessoal**: 1) violência de família e de parceiros íntimos; 2) violência na comunidade;
- c) **violência coletiva**: 1) violência social; 2) violência política; 3) violência econômica.

A natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica e envolvendo privação ou negligência, sendo importante ressaltar a possibilidade de sua coocorrência em um único caso<sup>1</sup>.

## **1.2 Dados epidemiológicos da morbimortalidade por causas externas no Mundo e no Brasil**

Um estudo realizado mostrou que cerca de 973 milhões de pessoas ficaram feridas e 4,8 milhões morreram devido as causas externas no mundo em 2013. Sendo que as principais causas de óbito foram decorrentes dos acidentes de transporte terrestre (ATT), suicídios, quedas e homicídios<sup>8</sup>

A taxa de homicídio apresentou queda de 39% em países de alta renda e entre os países de baixa renda o declínio foi de 10%. Na Ásia e Europa ocorreu queda nas taxas de homicídio, entretanto nas Américas e África Ocidental elas continuam elevadas<sup>8</sup>.

O Brasil representou, em 2012, 10% das mortes por homicídio ocorrido em todo o mundo, sendo a terceira maior mortalidade por homicídios na América do Sul, atrás apenas da Venezuela e Colômbia<sup>9</sup>.

No ano de 2015, as causas externas assumiram a terceira posição por causa de morte na população brasileira, representando 12% do total de óbitos e foram a primeira causa de óbito na faixa etária de 1 a 49 anos<sup>10</sup>. Ao se comparar o número de vítimas de homicídio entre os anos 2000 e 2014, houve um acréscimo de 28% no número de homicídios no Brasil<sup>11</sup>.

Dados do Ministério da Saúde<sup>11</sup> mostraram que as principais características relacionadas aos homicídios em 2014 foram: homens, entre 20 e 39 anos, negros, com até 7 anos de estudo e assassinados com arma de fogo. Em relação ao gênero, verificou-se que a taxa de homicídio masculina é 11,2 vezes a da feminina, havendo uma estabilidade da taxa de mortalidade feminina e um crescimento da masculina. A região nordeste foi apontada como a de maior risco de morte por homicídio<sup>9,11</sup>.

Em relação ao suicídio, as principais características da violência no Brasil são: sexo masculino, com mais de 59 anos, brancos, com menor escolaridade, que se enforcam e que residem na Região Sul do país<sup>9</sup>.

## **1.3 A implementação de políticas públicas para enfrentamento da violência no Brasil**

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências - PNRMAV (Portaria GM/MS nº 737, de 16/05/2001)<sup>12</sup>. Esta política teve como principais diretrizes:

- 1) Promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
- 2) Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências;
- 3) Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- 4) Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências;
- 5) Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação;
- 6) Capacitação de recursos humanos;
- 7) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2004, foi implantada a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde em Estados e Municípios, através da Portaria GM/MS nº 936 de 18/05/2004, visando efetivar a implementação da PNRMAV através do desenvolvimento de estratégias pactuadas de vigilância, prevenção e controle sustentável das violências e fatores de risco, apoiadas nas realidades social, econômica e regional do país<sup>13</sup>.

Em 2006, o MS instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2006), visando à redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, a prevenção da violência e estímulo à cultura de paz<sup>14</sup>. Suas principais diretrizes são:

- 1) Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;
- 2) Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;
- 3) Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;
- 4) Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;
- 5) Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

- 6) Divulgar e informar das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.

Neste mesmo ano, foi implantada a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), em alinhamento com a PNRMAV, a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a PNPS<sup>15</sup>.

Nos anos de 2013/2014 a PNPS foi revisada e atualizada sendo publicada na Portaria MS/GM nº 2.446 de 11/11/2014. Essa versão da PNPS aponta para a necessidade de articulação com outras políticas públicas, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde<sup>16</sup>.

Outros marcos legais de grande importância para a sociedade brasileira na luta pelos direitos humanos e prevenção da violência foi as implantações dos: Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13/07/1990); Estatuto do Idoso (Lei 10.741, 01/10/2003); e a Lei Maria da Penha (Lei 11.340, de 07/08/2006).

#### **1.4 A implantação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes**

O monitoramento das violências era realizado no Brasil por meio dos dados da declaração de óbito e internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS), fornecidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)<sup>17</sup>. Entretanto, esses sistemas disponibilizam dados referentes aos atendimentos de maior gravidade e focados nas vítimas, apresentando uma lacuna para o conhecimento sobre os casos mais leves, os quais foram atendidos em serviços de urgência e outras características da violência que não estão focadas especificamente nas vítimas<sup>14</sup>. Dados de países desenvolvidos, como Suécia e Estados Unidos (EUA), mostram que para cada óbito por causas externas, 30 vítimas são hospitalizadas e 300 são tratadas em serviços de emergência e depois liberadas. Quando se analisa apenas os dados relacionados aos óbitos e internações, estes representam cerca de 10% dos atendimentos por eventos violentos, o que evidencia uma grande discrepância na realidade dos dados<sup>18,19</sup>.

Diante da necessidade de melhorar a qualidade das informações, realizar o monitoramento da morbimortalidade por causas externas e a orientação de políticas públicas, no ano de 2006, o MS implantou o VIVA<sup>13,18</sup>, que tem como objetivo conhecer a magnitude e a gravidade dos acidentes e violências, subsidiar políticas públicas para a prevenção do problema, prestar atenção integral às vítimas e promover a saúde e cultura de paz<sup>20-22</sup>.

O VIVA foi estruturado em dois componentes: a) Vigilância Sentinela por Inquérito (VIVA Inquérito); e b) Vigilância Contínua (VIVA Contínuo ou Sinan). As duas modalidades de vigilância possuem sistemas de informação próprios, que permitem a entrada e análise dos dados obtidos por meio de duas fichas distintas<sup>20</sup>.

O VIVA inquérito teve suas edições realizadas nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017. As informações são coletadas por meio de pesquisas realizadas no período de um mês, sendo normalmente realizado em setembro. A pesquisa é realizada em serviços de urgência e emergência selecionados. Os dados da pesquisa são disponibilizados no site do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Os dados referentes ao VIVA Inquérito 2017 ainda não foram disponibilizados<sup>20-21</sup>.

O VIVA Contínuo foi implantado, inicialmente, em serviços de referência para violências. A partir de janeiro de 2009, foi incorporado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação versão *net* (Sinan NET), integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Em 2011, a vigilância e a prevenção de violências ganharam mais um reforço com a publicação da Portaria MS/GM nº 104, de 25 de janeiro de 2011, que universalizou a notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória que são registradas no Sinan. Em 2014, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passaram a ser considerados agravos de notificação imediata (dentro de 24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde<sup>20</sup>.

Mediante ao grande impacto da violência na saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e do nível de importância do Sistema VIVA na caracterização dos aspectos relacionados à violência e avaliação de seus dados para a tomada de decisões para a implementação de políticas públicas o estudo atual propõe analisar a produção acadêmica do Sistema VIVA no aspecto relacionado às características das violências



para todos os ciclos de vida e analisar as características das violências praticadas contra os adolescentes e suas possíveis associações.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a produção científica do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), quanto às características da violência em todos os ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente.

### **2.2 Objetivos específicos**

- 1) Analisar a produção acadêmica do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) quanto às características relacionadas às violências em todos os ciclos de vida.
- 2) 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.

## REFERÊNCIAS

- 1 World Health Organization (WHO). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 2 Silva MMA, Paiva EA, Morais Neto OL, Mascarenhas MDM. Violência como uma problema de saúde pública. In: Rouquayrol MZ, Gurgel M (Orgs). Epidemiologia e Saúde. 7ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2013; 297-319.
- 3 Silva MMA, Magalhaes ML, Malta DC. O papel do setor saúde na redução da morbimortalidade por violências e acidentes e a promoção da saúde e cultura de paz. In: Westphal MF, Bydlowski CR (Orgs.). Violência & juventude. São Paulo: Hucitec; 2010; 126-148. Saúde em Debate 205.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 7.ed. Brasília/DF; 2009. Serie A. Normas e Manuais Técnicos.
- 5 World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014. Geneva: World Health Organization; 2014.
- 6 Dahlberg LL, Krug EG. Violência: um problema global de saúde pública. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(Suppl):1163-1178.
- 7 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.
- 8 Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA da, Montenegro MMS, Ladeira RM, Morais Neto OL, Melo AP, Mooney M, Naghavi M. Mortalidade e anos de vida perdidos por violências interpessoais e autoprovocadas no Brasil e Estados: análise das estimativas do Estudo Carga Global de Doença, 1990 e 2015. Rev. bras. epidemiol. 2017 Mai; 20( Suppl 1 ): 142-156.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Resumo executivo Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 84 p. : il.

10 Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. *Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade*.

11 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Resumo executivo Saúde Brasil 2015/2016 : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.52 p. : il.

12 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Diário Oficial da União, n. 96. Seção 1e, 18 de maio de 2001.

13 Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA da, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Moraes Neto OL de. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007 Mar; 16( 1 ): 45-55.

14 Melo EM, Silva JM da, Akerman M, Belisario SA. Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança / Organização: Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1) 338 p.

15 Silva MMA da, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG de, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017 Mar; 26( 1 ): 183-194.

16 Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA da, Rocha D, Castro AM de, Reis AAC dos, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016 Jun; 21(6): 1683-1694.

17 Melo EM. Podemos prevenir a violência. Elza Machado de Melo/Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 278p.: Il. Série: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

18 Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Departamento de Análise de Situação de Saúde Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Manual de operacionalização e análise dos dados dos sistemas de vigilância: VIVA Inquérito e VIVA Contínuo. Brasília, 2012.

19 Souza CS, Costa MCO, Assis SG de, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência

infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 Mar; 19( 3 ): 773-784.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.*

21 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes : 2013 e 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017*

22 Gawryszewski VP, Silva MMA da, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Matos SG, Moraes Neto OL de, Monteiro RA, Gazal-Carvalho C, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11( Suppl ): 1269-1278.

**PARTE II – ARTIGOS DE RESULTADOS**

**ARTIGO 1**

CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA NOS DIFERENTES CICLOS DE VIDA:  
uma revisão da literatura

**Fabrcia Soares Freire Pugêdo**

**Déborah Carvalho Malta**

**RESUMO**

Analisou-se a produção científica relacionada ao Sistema VIVA quanto às características da violência nos ciclos de vida. Trata-se de Revisão Integrativa da literatura, sendo incluídas 52 publicações. A análise mostrou que a violência praticada contra a criança e o adolescente foi predominante no sexo masculino e negros. Entre as crianças, predominaram as ocorrências praticadas na residência, tendo como principal tipologia a negligência e os pais como autores. Entre os adolescentes (15-19 anos), verificou-se a via pública como local de destaque e o desconhecido como autor. Entre as mulheres, as negras foram mais vitimadas (67%), o parceiro íntimo foi destacado como o maior perpetrador e a residência o local mais frequente para a ocorrência. Entre os homens, a faixa etária predominante foi de 20 a 39 anos, negros (73%), com escolaridade de até 8 anos de estudo (86%). Predominaram as ocorrências praticadas em via pública, sendo o desconhecido o principal autor. Em relação aos idosos as vítimas mais frequentes são negras, com até 4 anos de estudo (75%). Predominaram as ocorrências praticadas na residência e pelos filhos. O uso de bebida alcoólica foi destacado como fator de risco em todos os ciclos de vida. Conclui-se que a análise dos dados provenientes do VIVA permite a elaboração e implementação de Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento da violência.

**Palavras-chave:** Violência; Sistemas de Informação em Saúde; Causas Externas; Inquéritos e Questionários; Estatísticas de Saúde.

**ABSTRACT**

The scientific production related to the VIVA System was analyzed regarding the characteristics of violence in life cycles. This is an Integrative Literature Review, including 52 publications. The analysis showed that violence against children and adolescents was predominant in males and blacks. Among the children, the occurrences practiced in the residence predominated, with the main typology being negligence and parents as authors. Among the adolescents (15-19 years), the public road was the

highlight and the unknown as the author. Among women, black women were the most victimized (67%), the intimate partner was highlighted as the largest perpetrator and residence the most frequent place for the occurrence. Among men, the predominant age group was 20 to 39 years old, black (73%), with up to 8 years of schooling (86%). The occurrences practiced in public roads predominated, being the unknown the main author. Regarding the elderly, the most frequent victims are black, with up to 4 years of schooling (75%). The occurrences practiced in the residence and by the children predominated. Alcohol use was highlighted as a risk factor in all life cycles. It is concluded that the analysis of data from VIVA allows the elaboration and implementation of Public Policies aimed at facing violence.

**Key words:** Violence; Health Information Systems; External Causes; Surveys and Questionnaires; Health Statistics.

## **INTRODUÇÃO**

As causas externas (acidentes e violências) causam grande impacto na área da saúde pública, aumentando a morbimortalidade e diminuindo a qualidade e expectativa de vida<sup>1,2</sup>, além de produzir altos custos sociais, econômicos, familiares e pessoais<sup>1</sup>.

Visando melhorar a qualidade das informações para o monitoramento da morbimortalidade por causas externas, no ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)<sup>3,4</sup>, sendo estruturado em dois componentes: a) VIVA inquérito; b) VIVA Sinan<sup>5</sup>.

Os dados disponibilizados pelo VIVA, permitem conhecer a magnitude e a gravidade dos acidentes e violências, subsidiando o planejamento e implementação de Políticas Públicas voltadas para a prevenção e promoção da cultura da paz<sup>5,6,7</sup>.

O estudo atual, propõe analisar a produção do conhecimento relacionada ao VIVA, quanto às características das violências praticadas em todos os ciclos de vida.

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, que tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira



sistemática e ordenada<sup>8,9</sup>. Este método permite obter um entendimento aprofundado de um fenômeno, contribuindo para a análise das evidências científicas, discussão dos resultados e proposição de outros estudos<sup>10</sup>.

Mendes *et al.*<sup>9</sup> relataram em seu estudo que a RI deve ser realizada com um grande rigor metodológico e identificaram seis etapas para sua realização, sendo elas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2) estabelecimento de critérios para inclusão/exclusão de estudos e busca na literatura; 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão síntese do conhecimento.

### **Definição do tema e coleta dos dados**

O processo de elaboração da RI se inicia com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância para a saúde<sup>11</sup>. A questão norteadora desta pesquisa foi: Quais as características da violência nos diferentes ciclos de vida de acordo com dados do VIVA?

Na segunda etapa foram adotados os seguintes critérios para inclusão ou exclusão de estudos:

- Pesquisas que utilizaram dados provenientes do VIVA Inquérito ou do Sistema Informação de Agravos de Notificação (Sinan), módulo violência, que abordassem o tema da violência em todos os ciclos de vida;
- Estudos primários, com textos completos, nos idiomas português, inglês ou espanhol;
- Acesso gratuito da publicação na íntegra, com indexação disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS);
- Artigos publicados entre os anos de 2006 e 2017.

Os critérios de exclusão adotados foram:

- Estudos que não apresentassem dados provenientes do VIVA;
- Estudos que não abordassem a temática da violência;
- Estudos que não analisassem as características da violência em algum ciclo de vida;
- Estudos de revisão de literatura.

Após o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão foi iniciada a busca da literatura. As bases de dados foram acessadas por meio da BVS, sendo utilizadas: BDENF (Base de dados de Enfermagem), Medline (Medical Literatura Analysis and Retrieval System Online), Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

Os termos foram selecionados de acordo com a questão norteadora deste trabalho e foram utilizados os seguintes descritores registrados nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs Biblioteca Virtual em Saúde): a) Sistemas de Informação em Saúde/Health Information Systems; b) Violência/Violence; c) Causas externas/External Causes; d) Inquéritos e questionários/Suveys and Questionnaires; e) Estatísticas de Saúde/Health Statistics.

### **Tratamento e análise dos dados**

Os artigos recuperados tiveram seus títulos e resumos lidos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão os artigos incluídos na amostra foram catalogados de acordo com o ciclo vital ao qual pertenciam, sendo observados os seguintes aspectos:

- 1) Violência contra a criança e o adolescente (0 a 19 anos);
- 2) Violência contra o adulto (20 a 59 anos)

### 3) Violência contra o idoso (60 anos ou +)

## **RESULTADOS**

Foram recuperados 818 artigos nas bases de dados, sendo realizada a leitura de todos os títulos e resumos. Nos casos em que ainda houveram dúvidas quanto a inclusão do estudo, o mesmo foi lido na íntegra, sendo incluídas na amostra 52 publicações.

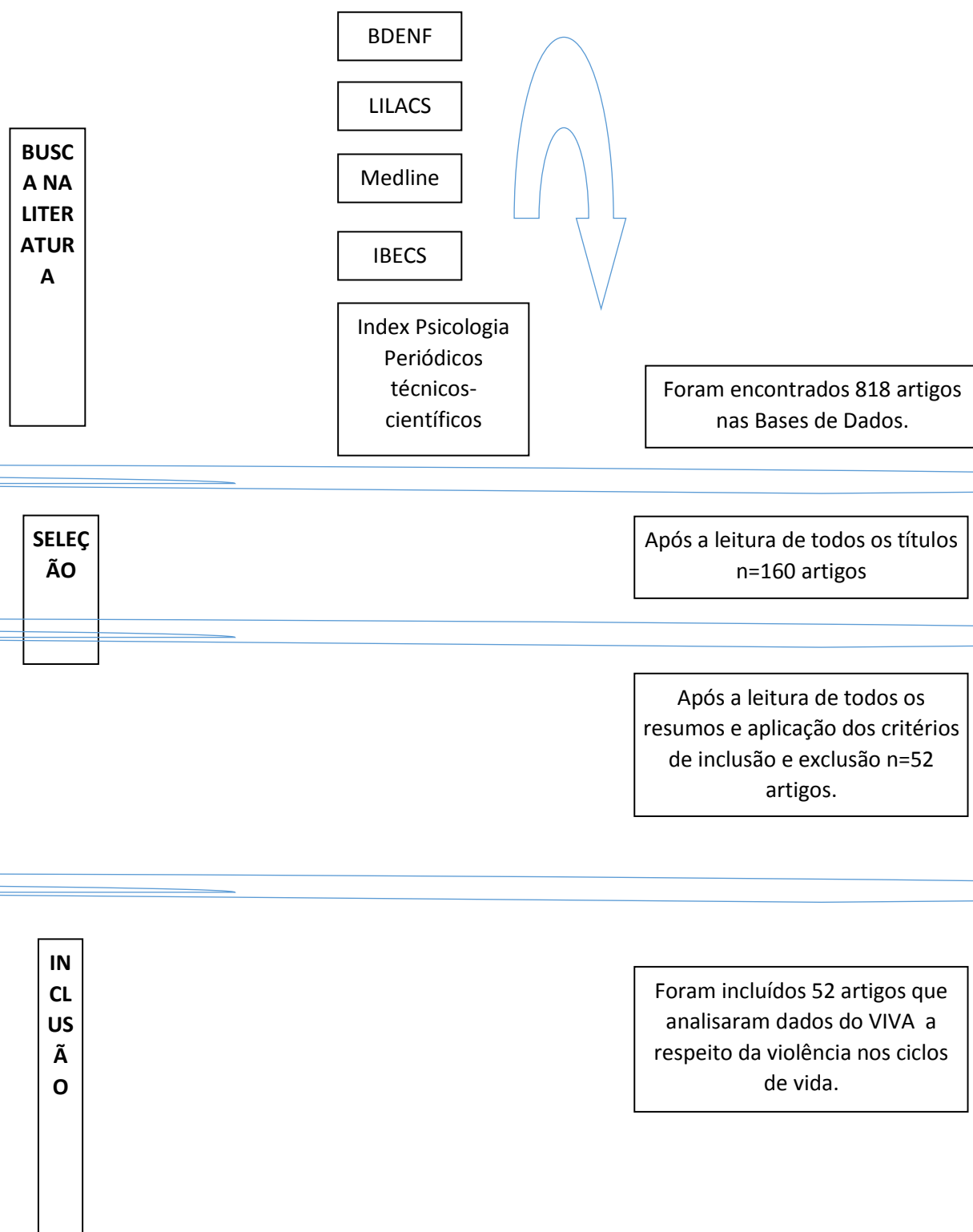
A Figura 1 apresenta os dados referentes à busca, seleção e inclusão das publicações na RI. Os artigos selecionados foram catalogados segundo o ciclo vital, o título do estudo, o periódico e o ano de publicação, e foram apresentados no Quadro 1.

Quanto ao ano de publicação, houve maior frequência de publicações no ano de 2012. A violência contra os adultos foi a mais abordada, representando 54% dos artigos. Em relação ao componente VIVA, 54% dos artigos recuperados apresentaram dados referentes ao VIVA Sinan.

### **Características da violência contra as crianças e os adolescentes**

Foram recuperadas 18 publicações que abordaram a temática da violência contra crianças e adolescentes, sendo que 61% analisaram dados provenientes do VIVA Sinan. O sexo masculino foi o mais destacado entre as vítimas. A raça/cor da pele foi destacada por 11 publicações, sendo que os negros foram evidenciados por 64% como as principais vítimas. Quanto a tipologia da violência, a negligência foi a mais frequente em 54% das publicações. Vale ressaltar que, de acordo com os artigos, há uma diferenciação na tipologia da violência de acordo com a faixa etária, sendo que, as crianças, principalmente as mais jovens, sofrem mais com a negligência, e os adolescentes, principalmente entre 15 a 19 anos, são predominantemente vítimas de violência física. A residência foi destacada por 14 publicações como o principal local de ocorrência, entretanto entre os adolescentes de 15 a 19 anos verificou-se o aparecimento da via pública como local de destaque. A escola foi evidenciada por 1 publicação como o local mais frequente para a ocorrência entre os adolescentes de 10

Figura 1 – Fluxograma de seleção e inclusão de artigos, Belo Horizonte, 2017.



Fonte: Dados compilados pela autoras.

a 14 anos. Os pais foram destacados como os principais agressores entre as crianças, o amigo entre os adolescentes mais jovens e o desconhecido entre os adolescentes mais velhos. O uso de bebida alcoólica foi evidenciado por 4 publicações como fator de risco

para a ocorrência da violência. A recorrência dos eventos violentos assumiram um percentual de 5 a 54% dos atendimentos.

### Caracterização da violência contra os adultos

Foram recuperadas 28 publicações que abordaram a temática da violência contra os adultos, sendo que 9 analisaram dados a respeito da violência contra a mulher.

Quadro 1 – Catalogação dos artigos, segundo ciclo vital, título do estudo, periódico e ano de publicação, Belo Horizonte, 2017.

Art	TÍTULO	PERIÓDICO	ANO
<b><i>VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES</i></b>			
01	Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009 <sup>37</sup>	Revista da Associação Médica Brasileira	2012
02	Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007 <sup>38</sup>	Caderno de Saúde Pública	2010
03	Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas <sup>39</sup>	Caderno de Saúde Pública	2015
04	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana – Bahia, Brasil <sup>40</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2014
05	A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014 <sup>41</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2016
06	Registros de notificação compulsória de violência envolvendo crianças e adolescentes <sup>42</sup>	Psicologia: ciência e profissão	2017
07	Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008 <sup>43</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2016
08	Perfil de violência em crianças de 0 a 9 anos atendidas em um hospital público <sup>44</sup>	Revista de Enfermagem da UFPI	2015
09	Caracterização dos maus-tratos contra a criança: análise das notificações compulsórias na Paraíba <sup>45</sup>	Revista Espaço para a Saúde	2015
10	Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009 <sup>46</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
11	Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras – 2009 <sup>47</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
12	Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil <sup>48</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
13	Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011 <sup>15</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2015
14	A violência contra crianças e adolescentes <sup>49</sup>	Boletim Epidemiológico Paulista	2007
15	Caracterização das notificações de violência contra adolescentes <sup>50</sup>	Enfermagem em Foco	2012
16	Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE <sup>51</sup>	Interfaces Científicas: saúde e ambiente	2013

17	Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência <sup>16</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2017
18	Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras <sup>52</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2017
<b>VIOLÊNCIA CONTRA OS ADULTOS</b>			
19	Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico <sup>20</sup>	Revista da Faculdade de Odontologia	2012
20	Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela – Brasil, 2009 <sup>53</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
21	Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2011 <sup>54</sup>	Divulgação em saúde para debate	2014
22	Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil <sup>55</sup>	Revista Brasileira em promoção da saúde	2015
23	Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência <sup>56</sup>	Caderno de Saúde Pública	2016
24	Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012 <sup>57</sup>	Epidemiologia e serviços de Saúde	2016
25	Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência <sup>58</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2017
26	Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro <sup>22</sup>	Tese - LILACS	2013
27	A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea <sup>59</sup>	Revista de Enfermagem UFPE	2017
28	Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI <sup>60</sup>	Revista Brasileira de Enfermagem	2008
29	Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência. Município de Alta Floresta, MT (Brasil) <sup>61</sup>	Revista Brasileira de Epidemiologia	2008
30	Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro <sup>62</sup>	Cuidarte Enfermagem	2009
31	Acidentes e violências na Grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência <sup>63</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2009
32	Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) – Brasil, 2006 <sup>64</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2009
33	Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009 <sup>65</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2012
34	Atendimentos de emergência na rede de vigilância de violências e acidentes em Mato Grosso, Brasil, 2008 <sup>66</sup>	Espaço para a Saúde	2011
35	Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero <sup>67</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
36	Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA – Campinas/SP, 2009 <sup>68</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
37	Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010 <sup>69</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2012

38	Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012 <sup>70</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2013
39	Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil <sup>71</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2013
40	Perfil das vítimas de violência e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras – 2011 <sup>72</sup>	Epidemiologia e Serviços de Saúde	2013
41	Morbidade por acidentes e violências nos Hospitais Regionais de Saúde de Mato Grosso e nos Prontos-Socorros da Grande Cuiabá <sup>73</sup>	Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde	2013
42	Acidentes e violências: um retrato das ocorrências nos serviços de atendimento a urgências e emergências <sup>74</sup>	Caderno de Saúde Coletiva	2014
43	Notificações de doenças compulsórias e dos agravos em um hospital universitário de Minas gerais, Brasil <sup>75</sup>	Revista de Enfermagem da UFSM	2014
44	Avaliação de fatores relacionados à violência associada a gênero – um estudo do inquérito nacional <sup>76</sup>	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research	2016
45	Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014 <sup>77</sup>	Saúde em Foco	2016
46	Atendimentos de jovens vítimas de agressão em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos <sup>78</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2017
<b>VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS</b>			
47	Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010 <sup>79</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2012
48	Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo <sup>80</sup>	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2015
49	Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014 <sup>81</sup>	Ciência e Saúde Coletiva	2015
50	Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife – PE <sup>82</sup>	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2015
51	Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju <sup>83</sup>	Interfaces Científicas: humanas e sociais	2015
52	Violências e acidentes entre os adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil <sup>84</sup>	Caderno de Saúde Pública	2011

Fonte: Dados compilados pelas autoras.

### **A violência contra a mulher**

A faixa etária predominante entre as mulheres vítimas de violência foi de 20 a 39 anos, sendo as negras evidenciadas por 67% das publicações como as mais violentadas. Quanto a escolaridade, 7 publicações analisaram dados, sendo que 71% demonstraram que as vítimas tinham até 8 anos de estudo. A violência física foi a mais frequente, sendo destacadas também a psicológica e a sexual. O parceiro íntimo/cônjuge foi destacado como o maior perpetrador da violência e a residência apontada por 100% dos

estudos como o principal local de ocorrência. O uso de álcool pela vítima ou agressor nas últimas 6 horas antes da ocorrência do evento foi evidenciado por 4 estudos, assumindo um percentual de 22 a 49% dos atendimentos. A recorrência da violência foi destacada por 3 publicações, assumindo um percentual de 30 a 55% dos casos.

#### **A violência contra os homens**

A faixa etária predominante entre os homens foi de 20 a 39 anos, sendo os negros evidenciados por 73% das publicações como as principais vítimas. Com relação à escolaridade, 86% dos artigos evidenciaram que as vítimas relataram ter até oito anos de estudo. A violência física foi a mais frequente. A via pública foi destacada por oito artigos (73%) como o principal local de ocorrência, sendo o desconhecido o principal autor da agressão. O uso de álcool pela vítima/agressor até 6 horas anteriores ao evento foi destacada por 11 publicações. A recorrência da violência foi analisada por 1 publicação, assumindo percentual de 38% dos atendimentos.

#### **A violência contra os idosos**

A temática da violência contra os idosos foi destacada por 6 publicações, sendo que 83% analisaram dados provenientes do VIVA Sinan. Os idosos negros foram destacados como as vítimas mais frequentes. A variável escolaridade foi analisada por 4 publicações, sendo que 75% evidenciaram que os idosos mais vitimizados completaram até 4 anos de estudo. A situação conjugal foi analisada por 2 estudos, sendo que em 100% dos casos os viúvos e os solteiros foram mais frequentes para a ocorrência da violência. A violência física foi a mais frequente, seguida de negligência, psicológica e financeira. A residência foi destacada como o principal local de ocorrência, sendo os filhos os principais perpetradores dos eventos. O uso de álcool pelo agressor foi destacado por 2 publicações. A recorrência da violência foi evidenciada por 50% dos estudos.

### **DISCUSSÃO**

#### **A violência contra crianças e adolescentes**

A revisão apontou que o sexo masculino foi a principal vítima de violência ente as crianças e adolescentes, conforme destacado em outros estudos<sup>12-14</sup>. Quanto a tipologia da violência, a negligência foi destacada entre as crianças, principalmente as mais jovens, o que corroborou com estudo realizado por Rates *et al.* (2015)<sup>15</sup>. Entre os adolescentes a violência física foi predominante<sup>16</sup>.



A residência foi evidenciada como o principal local de ocorrência da violência contra crianças. Deslandes *et al.* (2005)<sup>17</sup> afirmaram que a residência deveria ser o local de proteção e educação das crianças e acaba se tornando palco para os diferentes tipos de violências, transgressões do poder/dever e coisificação da infância.

Entre os adolescentes, a via pública foi o local mais recorrente. Segundo Malta *et al.* (2017)<sup>16</sup>, este dado expressa hábitos de vida como sair com mais frequência, maior liberdade conferida pela família, frequentar festas e baladas, sendo os adolescentes mais expostos aos riscos nos espaços públicos.

A escola foi o local de ocorrência preponderante entre os adolescentes mais jovens (10 a 14 anos)<sup>16</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)<sup>18</sup> mostrou que os estudantes estão mais expostos as situações de violência no trajeto realizado até a escola e no próprio ambiente escolar, sendo as principais motivações para tais agressões a intolerância contra negros, orientais e homossexuais nas escolas públicas, e contra aqueles que fogem do padrão estético de altura/peso e de consumo nas escolas privadas. Os pais foram evidenciados como os principais agressores contra as crianças. Este fenômeno pode ser explicado pela vinculação da violência ao processo cultural de educar as crianças por meio de castigos e ameaças<sup>15</sup>.

A recorrência da violência contra a criança e o adolescente foi evidenciada pelas publicações assumindo um percentual de 5 a 54% dos atendimentos. Fonseca *et al.* (2012)<sup>19</sup> apontam a necessidade de ações efetivas desde a primeira ocorrência da violência, visando a minimizar os danos causados às crianças pela repetição das agressões.

### **A violência contra a mulher**

Segundo a OMS, a violência contra a mulher é definida como qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como na esfera privada, revelando desigualdades entre homens e mulheres, sendo uma das violações de direitos humanos mais reconhecidos e praticados no mundo<sup>20</sup>.

As mulheres negras foram evidenciadas neste estudo como as mais violentadas. Segundo Farias e Aras este dado pode ser explicado devido as mulheres negras serem destituídas de poder econômico e com menor ascensão social, estando mais vulneráveis às múltiplas violências de gênero e menos instrumentalizadas a buscar apoio institucional<sup>21</sup>.

O cônjuge/parceiro íntimo foi destacado como o principal perpetrador dos atos violentos contra as mulheres e a residência o local predominante para sua ocorrência. A violência de gênero traz uma série de aspectos envolvendo os papéis sexual e de gênero, a família como espaço privado onde se estabelecem normas e valores, a hierarquia do poder masculino e o ideário da superioridade dos homens em relação à mulher, levando a perpetuação da violência<sup>22</sup>.

A associação do álcool com a ocorrência da violência contra a mulher foi destacada, de acordo Rodrigues *et al*<sup>23</sup> por ser uma droga socialmente aceita, o álcool é mais largamente consumido podendo a levar a mudanças de humor e comportamento, favorecendo a ocorrência de atos violentos.

### **A violência contra os homens**

Os adultos jovens (20 a 39 anos) foram evidenciados como as vítimas predominantes. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)<sup>24</sup> mostraram que desde 1980 esta em curso no Brasil, um processo gradativo de vitimização letal da juventude. Dados do SIM<sup>25</sup> demonstraram que entre os anos de 2005 e 2015, houve um incremento de 17,2% na taxa de homicídios de indivíduos entre 15 e 29 anos.

Quanto à escolaridade, os homens atendidos informaram terem concluído até 8 anos de estudo. Para Cerqueira *et al.* (2017)<sup>24</sup> a falta de oportunidades educacionais e laborais acaba condenando os jovens a uma vida de restrição material e de anomia social, que terminam por impulsionar uma trajetória de delinquência e crime.

Os homens negros representaram maior proporção entre as vítimas. Cerqueira e Coelho (2017)<sup>26</sup> revelaram em seu estudo que no Brasil, de cada 7 indivíduos assassinados, 5 são negros. O Atlas da Violência 2016<sup>27</sup> evidenciou que houve um paulatino crescimento na taxa de homicídio de afrodescentes (+19,8%), ao passo que houve uma diminuição na vitimização de indivíduos de outras raças (-13,7%). Esses dados refletem a falta de políticas sociais, práticas educacionais discriminatórias e perpetuação de estereótipos sobre o papel do negro na sociedade<sup>26</sup>.

### **A violência contra idosos**

O envelhecimento acelerado da população brasileira vem sendo apontado por diversos autores<sup>28-30</sup> como um grande desafio para a Saúde Pública. Os idosos passam por muitas dificuldades, algumas decorrentes da vulnerabilidade fisiológica dessa faixa etária, que os tornam vítimas em potencial de diversas mazelas sociais, dentre as quais a crescente violência observada em nossos dias<sup>31</sup>. De acordo com Gaioli e Rodrigues (2008)<sup>32</sup>, os

maus tratos aos idosos estão cada vez mais evidentes na sociedade, adquirindo dimensão social e para a saúde.

Na presente casuística, destaca-se que os idosos solteiros ou viúvos são mais vulneráveis para a ocorrência da violência, o que está de acordo com outras publicações<sup>33</sup>.

Quanto a escolaridade, os idosos relataram ter até 4 anos de estudo. De acordo com Pinto *et al.* (2013)<sup>33</sup> o grau de escolaridade do indivíduo pode influenciar na ocorrência da violência, considerando que quanto menor o grau de escolaridade, menor tende ser o acesso a informações, que podem resultar em respostas inadequadas perante as dificuldades e limitações do idoso.

A violência física foi a mais prevalente, seguida de negligência/abandono. O que discordou de estudo que analisou 712 prontuários de um serviço de disque-denúncia e demonstrou que 85% dos idosos sofriam negligência e abandono<sup>33</sup>.

Os filhos foram destacados como os principais agressores, o que está de acordo com outros estudos<sup>33,34</sup>.

A residência foi evidenciada como o local mais frequente para a ocorrência da violência entre os idosos, o que pode estar relacionado com o choque de gerações, permeado por disputas pelo espaço físico e também por dificuldades financeiras na família<sup>35</sup>.

O uso de bebida alcoólica pelo agressor foi destacado como um fator de risco para a violência. A OMS<sup>36</sup> afirma que problemas com uso de álcool são associados à violência contra os idosos e os agressores provavelmente apresentam distúrbios de personalidade, abuso de outras drogas e dificuldade na relação idoso-cuidador.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo realizou revisão de literatura sobre as notificações da violência doméstica e do VIVA inquérito. Foram incluídos 52 artigos que analisaram as características da violência de acordo com os ciclos de vida, as desigualdades segundo raça/cor, escolaridade, gênero e perpetuação dos eventos. Destaca-se que a violência é um grave problema de saúde pública, sendo que suas consequências podem afetar a qualidade de vida das vítimas, das famílias e da sociedade. A implantação do VIVA representou um grande avanço para o Brasil, pois possibilitou o conhecimento das características relacionadas à violência, permitindo uma visão globalizada sobre a temática, incluindo a vítima, o agressor e as circunstâncias da ocorrência do evento. A análise dos dados provenientes do VIVA permite a elaboração e implementação de Políticas Públicas voltadas para o enfrentamento e controle da violência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 World Health Organization (WHO). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 2 Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência; 2015. 274 p.
- 3 Malta DC, Lemos MSA, Silva MMA, Rodrigues EMS, Gazal-Carvalho C, Moraes Neto OL. Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violências no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2007; 16(1): 45-55.
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica Departamento de Análise de Situação de Saúde Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. Manual de operacionalização e análise dos dados dos sistemas de vigilância: VIVA Inquérito e VIVA Contínuo. Brasília, 2012.
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- 7 Gawryszewski VP, Silva MMA, Malta DC, Mascarenhas MDM, Costa VC, Gesteira e Matos S, Moraes Neto OL, Monteiro RA, Gazal-Carvalho C, Magalhães ML. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(Suppl): 1269-1278.
- 8 Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm*. 1998; 3(2):109-12.
- 9 Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. 2008; 17(4): 758-764.
- 10 Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546-53.

- 11 Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016 : uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti*/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 386 p.: il.
- 13 Peltzer K. Injury and social determinants among inschool adolescents in six African countries. *Inj Prev* 2008; 14(6):381-388.
- 14 Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(1): 59-70.
- 15 Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (3): 655-665.
- 16 Malta DC, Bernal RTI, Pugedo FSF, Lima CM, Mascarenhas MDM, Jorge AO, Melo EM. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(9): 2899-2908.
- 17 Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violências envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: Ministério da Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 43-78.
- 18 Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, Mascarenhas MDM, Porto DL, Figueroa ALG, Morais Neto OL, Penna GO. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(Suppl 2): 3053-3063.
- 19 Fonseca RMGS, Egry EY, Nóbrega CR, Apostólico MR, Oliveira RNG. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paul. enferm*. 2012; 25(6): 895-901.
- 20 Figueiredo MC, Cesar MO, Silva JP, Borba EMB. Prevalência de mulheres vítimas de violência no município de Porto Alegre e a influência de suas variáveis no âmbito odontológico. *RFO UPF*. 2012; 17(3): 254-260.

- 21 Farias AC de, Aras LMB. Feminismo negro, feminicídio e a violência de gênero contra as mulheres. In: V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades 2017, Salvador. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades 2017. v 1.
- 22 Oliveira PS. Vigilância da violência contra a mulher em um município do estado do Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 62 f.
- 23 Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(9): 2319-2329.
- 24 Cerqueira D, Lima RS, Bueno S, Valencia LI, Hanashiro O, Machado PHG, Lima AS. Atlas da Violência 2017. Nota Técnica Ipea. nº 17, Brasília: 2017.
- 25 Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.
- 26 Cerqueira D, Coelho DSC. Democracia Racial Homicídio de Jovens Negros na Cidade Partida. Brasília, DF: IPEA, 2017.
- 27 Cerqueira D, Ferreira H, Lima RS, Bueno S, Hanashiro O, Batista F, Nicolato P. Atlas da Violência 2016. Nota Técnica Ipea. nº 17, Brasília: 2016.
- 28 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3): 793-797.
- 29 Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública. 1987; 21(3): 200-210.
- 30 Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(3): 725-733.
- 31 Silva EA, França LHFP. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2015; 15(1):155-177.
- 32 Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio. Revista Latino-americana de Enfermagem. 2008; 16(3), 465-470.
- 33 Pinto FNFR, Barham EJ, Albuquerque PP. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. Estud. pesqui. psicol. 2013; 13(3): 1159-1181.
- 34 Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. Cadernos de Saúde Pública. 2003; 19(3):783-791.

- 35 Melo VL, Cunha JOC, Falbo Neto GH. Maus-tratos contra idosos no município de Camaragibe, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2006; 6(1):43-8.
- 36 Krug, E. G. et al. Violência: Um problema mundial de saúde pública. In: Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde, p.23- 44, Genebra, 2002.
- 37 Gawryszewski VP, Valencich DMO, Carnevalle CV, Marcopito LF. Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(6): 659-665.
- 38 Mascarenhas MDM, Malta DC, Silva MMA, Lima CM, Carvalho MGO, Oliveira VLA. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. *Cad. Saúde Pública.* 2010; 26(2): 347-357.
- 39 Malta DC, Mascarenhas MDM, Neves ACM, Silva MA. Atendimentos por acidentes e violências na infância em serviços de emergências públicas. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(5): 1095-1105.
- 40 Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(3): 773-784.
- 41 Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ, Bernal RTI. A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. *Ciênc. saúde coletiva.* 2016; 21(12): 3729-3744.
- 42 Cezar PK, Arpini DM, Goetz ER. Registros de Notificação Compulsória de Violência Envolvendo Crianças e Adolescentes. *Psicol. cienc. prof.* 2017; 37(2): 432-445.
- 43 Farias MS, Souza CS, Carneseca EC, Passos ADC, Vieira EM. Caracterização das notificações de violência em crianças no município de Ribeirão Preto, São Paulo, no período 2006-2008. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2016; 25(4): 799-806.
- 44 Veloso LUP, Silva LCL, Sousa CR, Rodrigues PL. Perfil de violência em crianças de 0 a 9 anos atendidas em um hospital público. *Rev Enferm UFPI.* 2015; 4(1): 97-105.
- 45 Sousa RP, Oliveira FB, Bezerra MLO, Leite ES, Maciel, EJS. Caracterização dos maus-tratos contra a criança: análise das notificações compulsórias na Paraíba. *Espaç. saúde.* 2015; 16(4): 20-28.

- 46 Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Viegas APB, Sá NNB, Silva JJB. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas - Brasil, 2009. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(9): 2247-2258.
- 47 Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSCA, Neves ACM, Melo EM, Silva JBJ. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(9): 2291-2304.
- 48 Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP, Pires TO, Gomes DL. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(9): 2305-2317.
- 49 Gawryszewsk VP, Guerschman TM, Hisano MESX, Vanzeli AC, Baggio MCR, Santos RCM, Longhini FLR, Miguelon MA, Martins MRX, Seron MDV, Silveira NYJ. A violência contra crianças e adolescentes. *Bol. epidemiol. paul*. 2007; 4(37): 21-25.
- 50 Zanatta EA, Pai DD, Resta DG, Argenta C, Motta MGC. Caracterização das notificações de violência contra adolescentes. *Enfermagem em Foco*. 2012; 3(4): 165-8.
- 51 Barbosa LV, Soares ACGM, Cruz KV, Silva RA. Caracterização da violência sexual em criança no município de Aracaju/SE. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*. 2013; 1(2):9-20.
- 52 Malta DC, Bernal RTI, Teixeira BSM, Silva MMA, Freitas MIF. Fatores associados a violências contra crianças em Serviços Sentinela de Urgência nas capitais brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017 Set; 22( 9 ): 2889-2898.
- 53 Rodrigues CS, Malta DC, Godinho T, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Silva RE. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência Sentinela - Brasil, 2009. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 Set; 17( 9 ): 2319-2329.
- 54 Paiva EA, Silva MMA, Neves ACM, Mascarenhas MDM, Franco Netto TL, Malta DC. Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde: Brasil, 2011. *Divulg. saúde debate*. 2014; (52):72-87.
- 55 Moreira GAR, Soares PS, Farias FNR, Vieira LJES. Notificações de violência sexual contra a mulher no Brasil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2015; (28): 327-36.
- 56 Garcia LP, Duarte EC, Freitas LRS, Silva GDM. Violência doméstica e familiar contra a mulher: estudo de casos e controles com vítimas atendidas em serviços de urgência e emergência. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(4): e00011415.



- 57 Silva LEL, Oliveira MLC. Características epidemiológicas da violência contra a mulher no Distrito Federal, 2009 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2016; 25(2): 331-342.
- 58 Barufaldi LA, Souto RMCV, Correia RSB, Montenegro MMS, Pinto IV, Silva MMA, Lima CM. Violência de gênero: comparação da mortalidade por agressão em mulheres com e sem notificação prévia de violência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(9): 2929-2938.
- 59 Silva MPS, Santos BO, Ferreira TB, Lopes AOS. A violência e suas repercussões na vida da mulher contemporânea. *Rev. enferm. UFPE*. 2017; 11(8): 3057-3064.
- 60 Mascarenhas MDM, Pedrosa AAG. Atendimentos de emergência por violência em serviços públicos de Teresina, PI. *Rev. bras. enferm.* 2008; 61(4): 493-499.
- 61 Marchese VS, Scatena JHG, IE. Caracterização das vítimas de acidentes e violências atendidas em serviço de emergência: Município de Alta Floresta, MT (Brasil). *Rev. bras. epidemiol.* 2008; 11(4): 648-659.
- 62 Silveira RE, Iwamoto HH, Miranzi SSC. Estatísticas epidemiológicas sobre a violência em um município do interior mineiro. *CuidArte Enferm.* 2009; 3(1):19-25.
- 63 Soares BAC, Scatena JHG, Galvão ND. Acidentes e violências na grande Cuiabá: o que retrata a demanda dos serviços de emergência. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009; 18(3): 265-276.
- 64 Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC, Moura L, Macário EM, Gawryszewski VP, Moraes Neto OL. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009; 18(1): 17-28.
- 65 Andrade SSSCA, Sá NNB, Carvalho MGO, Lima CM, Silva MMA, Moraes Neto OL, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência selecionados em capitais brasileiras: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(1): 21-30.
- 66 Galvão DN, Oliveira LR, Neves MAB, Scatena JHG. Atendimentos de emergência na rede de vigilância de violências e acidentes em Mato Grosso, 2008. *Revista Espaço para a Saúde*. 2011; 12(2):45-55.
- 67 Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(12): 3243-3248.

68 Belon AP, Silveira NYJ, Barros MBA, Baldo C, Silva MMA. Atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA - Campinas/SP, 2009. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(9): 2279-2290.

69 Cecilio LPP, Garbin CAS, Rovida TAS, Queiróz APDG, Garbin AJÍ. Violência interpessoal: estudo descritivo dos casos não fatais atendidos em uma unidade de urgência e emergência referência de sete municípios do estado de São Paulo, Brasil, 2008 a 2010. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012; 21(2): 293-304.

70 Silva MCM, Brito AM, Araújo AL, Abath MB. Caracterização dos casos de violência física, psicológica, sexual e negligências notificados em Recife, Pernambuco, 2012. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013; 22(3): 403-412.

71 Veloso MMX, Magalhães CMC, Dell'Aglio DD, Cabral IR, Gomes MM. Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 18(5): 1263-1272.

72 Neves ACM, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Malta DC. Perfil das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde em capitais brasileiras - 2011. Epidemiol. Serv. Saúde. 2013; 22(4): 587-596.

73 Ferreira Junior AP, Oliveira EC, Ribeiro MCSA. Morbidade por acidentes e violências nos hospitais regionais de saúde de Mato Grosso e nos prontos-socorros da Grande Cuiabá. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2013; 15(3): 62-71.

74 Brandão GCG, Barrêto AJR, Gaspar JC, Trindade RFC, Vaz NLF, Oliveira MAC. Acidentes e violências: um retrato das ocorrências nos serviços de atendimento a urgências e emergências. Cad. saúde colet. 2014; 22(1): 2-7.

75 Silva PLN, Oliveira RS, Lopes TRC, Oliveira EMS, Souto SGT, Prado PF. Notificações de doenças compulsórias e dos agravos em um hospital universitário de Minas Gerais, Brasil. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(2): 237-246.

76 Mincoff RFI, Demtrio ATW, Graziano MSS, Lolli LF, Carvalho GM. Avaliação de fatores relacionados à violência associada a gênero – um estudo do inquérito nacional. BJSCR. 2016; 15(1):12-17.

77 Mascarenhas MD, Sinimbu RB, Silva MM, Carvalho MG, Santos MR, Freitas MG. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. Saúde em Foco. 2016; 1(1).

78 Melo ACM, Garcia LP. Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre os sexos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22 (4):1333-1341.

79 Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Neves ACM, Pedrosa AAG, Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(9): 2331-2341.

80 Rodrigues LC, Armond JE, Gorios C. Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Rev.Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015; 18(4): 755-760.

81 Pinto LW, Assis SG. Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000 – 2014. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(6): 1681-1692.

82 Paraíba PMF, Silva MCM. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2015; 18(2): 295-306.

83 Santos EM, Soares ACM, Fonseca V, Oliveira LGF. Perfil epidemiológico da violência contra o idoso no município de Aracaju. *Inferfaces Científicas – Humanas e Sociais*. 2015; 3(2): 109-120.

84 Luz TCB, Malta DC, Sá NNB, Silva MMA, Lima-Costa MF. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(11): 2135-2142.

Tabela 1 – Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra crianças e adolescentes, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.

Artigo	Componente Viva		Sexo%		Faixa etária %				Raça/Cor da pele %			Tipologia %			Local de ocorrência %			Agressor			Uso de álcool %		Recomendação %	
	Inq.	Sinan	F	M	0-4	5-9	10-14	15-19	Branca	Preta	Outras	Negl	Física	Sexual	Resid	V. Pub.	Escola	País	inhe/Famli	Desc	Sim	Não	Sim	Não
1		x	61	39	32	29	39		60	40		14	34	33	73	13	6	44	29	10			49	51
2	X				48	52			25	71	1	32	42	3	55	18	17	70		9				
3	x		40	60					36	62	2													
4		x	50	50								28	42	18	62			33,1	51	16	72		54	
5	x			61					47	51	2	63	33	3	72	9	14							
6		x	57												68									
7		x	56									18	59	37	75			37	29	4	11		25	
8		x		58					12	84	2	76	5	0,3	66	26		54	3	0,5			5	
9		x		58								81	14	3				55	15	30				
10	X			65						78		72			68									
11	X		34	66			25	75	25	75					31	45	11	98						
12		x							39	38	1	30	32	42	64	5	4							
13		x	54	46					49	49	2	47	38	37	74			51			24		44	
14		x	61	39								34	25	34	53	11								
15		x	x				x		x				x											
16		x	79						26	49	4				77	4		28	45	15	21		48	
17	X			x				x																
18	X			x								x			x									

Fonte: Dados compilados pela autoras.

Tabela 2 - Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra os adultos, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.

Artigo	Componente Viva		Sexo %		Faixa etária %			Raça/ Cor da pele %			Escolaridade %				Tipologia %			Local de ocorrência %			Agressor %			Uso de álcool %		Reconhecimento				
	Inq	Sinan	F	M	20-29	30-39	40-59	Branca	Preta	Outras	0-4	5-8	9-11	12+	Física	Psic	Sexual	V publ	Resid	Parceiro íntimo ex	Familiar	Amigo	Desc	Sim	Não	Sim	Não			
19		X	100		7,3	5,4	3,6	66,2	29,4	0,4					41,4	47,8	56,7	9,6	75,5	9,7	39,3	16	7,1							
20	X		100			74	25,4	25	71	3,3			54,7						59,6	44,1					28,6	71,4				
21		X	100					54,6	44	1,4					83,5	40	9,6		73	59,9	17,6	10,6	12,2	48,9	51,1	54,6				
22		X	100				17,5		40,7	47,1	1,6	17	28	12				15	60							32,5	49,9			
23	X		100		46			26,6	71,5	1,9		46			53,8	94,4			22,4	63,3	51,5	21	18,8	32	68					
24		X	100					18,2	31	1,5	8	11	13	4,4	47	20,3	22,5	23	38,5	27	7	7,7	25,7							
25		X	100					33	61	1		47							48											
26		x	100						24	23					64	72				61					22		30			
27		x	100						57				57																	
28	X			76	41	17	12	15,8	83		33	42	16		91	32		39	30			20		28	50	50				
29	X		19	81	56			19	69				94												92					
30		x	67			55	21	27	25						95	1	3													
31	X		23	77		55	17	16	83	1			62					34	33						52	41				
32	X		27	73		35	21		26	70	1	26	41	15	1	49	23	7			17			36	38	52				
33	X		29	71			55	8	26	69	3	24	30	28	11				41	34					36					
34	X				26	17	17	34	65	1			56	39	5				41	34					6					
35	X				53			21	76						32				53	14		19			34	47				
36	X			60		38			64										28	38										
37	X		26	63				70	27	2		40		31	10	94	50	6	24	68	41	12	21	7	36	55				
38		x	67			28	9	15	62	1			23						9	3										
39		x	83			10	2					61	27	8	1		24	42	26		9	20	38	15						
40	x		29	70		57	17	25	72	2		22	32	29	5				41	34					48	52				
41	x		5	6			13	4,4	6,4				5,9	5,7	6	8														
42	x		24	76		26	14	16											27		0,2									
43		x	65	35											44	20	12													
44	x		30	70																					41					
45		x						42	42		12	13	15	21	80	33	6	14	66	38	9	9	8	32		38				
46	x			72	80			25	75						99	0,7	0,2			11	10	28	46	48						

Fonte: Dados compilados pela autoras.

Tabela 3 - Caracterização dos aspectos relacionados à violência contra os idosos, segundo dados constantes nas publicações catalogadas, 2006 a 2017.

Artigo	Componente viva		Sexo%			Raça cor da pele %			Escolaridade %				Situação conjugal %		Tipologia %			Local de ocorrência %		Agressor %			Uso de álcool %		Recomenda			
	Inq.	Síran	Fm	Mus	Branca	Preta	Outras	0-4	5-8	9-11	12+	Casado	Viuvo ou solteiro	Fixa	Pat.	Financ.	Neglg.	Via pública	Resid.	Filho	Cônjuge	Conhec.	Desc.	Sim	Não	Sim	Não	
47	x		52		65	35		88		12		42	58	68	29	8	28	79	32	14	12	16		40		54	46	
48	x		48	52										70				11	47								21	
49	x			x																								
50	x		59		18	55		16		3		20	35	45	13	3	30	10	48	16	8	7	9			19	21	
51	x		58					11			2																	
52	x				74,6			77,4		22	28							43,9	33								45,1	

Fonte: Dados compilados pela autoras.

**ARTIGO 2**

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

**Deborah Carvalho Malta**

**Regina Tomie Ivata Bernal**

**Fabricia Soares Freire Pugedo**

**Cheila Marina Lima**

**Marta Alves Maria da Silva**

**Marcio Denis M. Mascarenhas**

**Alzira de Oliveira Jorge**

**Elza Machado de Melo**

## **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 os adolescentes. 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 chaves - violência, adolescente, agressão, causa externa, vigilância, epidemiologia.

#### ABSTRACT

The study describes the characteristics of the violence practiced against adolescents, attended at emergency and emergency services participating in the Surveillance of Violence and Accidents (VIVA) survey, in 2014, and to analyze possible associations between the variables. We analyzed data from 815 adolescents in the sample and used the correspondence analysis, which consists of an exploratory analysis, was used to identify variables associated with violence against adolescents. The aggression practiced against the adolescents had more frequent male victims, the means of aggression used was the firearm and sharp object. In the age group of 15 to 19 years, the occurrences practiced in the public roads predominated, by unknown aggressors and injuries like fractures and cuts predominated. Among the victims between 10 and 14 years old the place of occurrence was in the school, the aggressor was the friend, through threats. Among the female victims, the occurrences were more frequent in the residence. It is concluded that violence involving adolescents permeates the most important socializing institutions: the family, the school. Thus, it is important to mobilize the whole society in the perspective of its confrontation.

**Keywords** - violence, adolescent, aggression, external cause, surveillance, epidemiology.

## INTRODUÇÃO

As causas externas são a principal causa de morbimortalidade em adolescentes, sendo estimadas, pela OMS, cerca de 875.000 mortes anuais<sup>1,2</sup>. 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<sup>3,4</sup>, além de resultar em incapacidades, transtornos psíquicos<sup>1</sup>, e sofrimento para as famílias e sociedade. A violência contra adolescentes resulta, ainda, em gastos assistenciais elevados e constitui um grande problema em Saúde Pública<sup>5, 6, 7, 8</sup>.

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”<sup>6</sup>. A violência é um fenômeno multicausal, associando-se com desigualdades econômicas e socioculturais, além de aspectos subjetivos e comportamentais distintos em diferentes sociedades<sup>8,9,10</sup>.

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 óbitos<sup>11</sup>.

Estudos apontam que existe uma importante exposição de crianças e adolescentes à violência, sendo que esta pode ocorrer no ambiente familiar, comunitário e escolar<sup>12</sup>, com finalidade de dominação, exploração e opressão<sup>10</sup>. 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 familiar<sup>13</sup>. 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<sup>8,14</sup>, 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 agravos<sup>2</sup>. 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 internação<sup>11</sup>, estudos qualitativos<sup>9,12</sup> ou de abrangência local<sup>13</sup>.

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 públicas<sup>14</sup>. A análise atual é inédita e justifica-se pela gravidade do tema, a morbimortalidade e transcendência associadas à violência contra adolescentes.

A literatura tem apontado maior ocorrência de violência entre jovens adultos do sexo masculino<sup>6</sup>, 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 demográficas, 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 inquérito<sup>14</sup>. 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<sup>14,15</sup>.

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 turnos. A amostra total do inquérito foi de 55950 entrevistados e maiores detalhes do mesmo podem ser conferidos em outras publicações<sup>14,15</sup>.

No estudo atual analisou-se as agressões sofridas por adolescentes, de 10 a 19 anos, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>3</sup>. 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<sup>16,17</sup>.

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, e indicando, portanto, o grau de associação entre linha e coluna, expressas pela proximidade entre elas. Assim, as menores distâncias entre as categorias linha e categorias coluna representam as associações mais fortes entre elas, enquanto que as maiores distâncias representam dissociações<sup>17,18</sup>.

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/spancamento, 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 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<sup>18,19</sup> 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) (Parecer nº 735.933/2014).

## 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.

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  $\chi^2$  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 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% de contribuição. 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 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: a ameaça, o agressor foi o amigo e o local de ocorrência a escola.

### **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<sup>11,20,21</sup>. 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<sup>10,21-23</sup>. Autores destacam, ainda, aspectos como o estímulo e 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<sup>10,21-23</sup>.

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<sup>1,11</sup>. 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 literatura<sup>24-27</sup>. 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 agressão<sup>27-30</sup>.

A violência praticada contra as meninas em suas residências, pelos próprios pais, cria círculos viciosos, mantendo uma cultura de dominação, impondo em suas vítimas, o medo, angústias, silêncios e fatalidades<sup>29,30</sup>. Schraiber et al.<sup>29</sup> 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<sup>29,30</sup>. Esses diferenciais segundo o sexo são elementos culturais de banalização e aceitação da violência<sup>29</sup>.

Quanto às características das lesões, predominam eventos sem lesões entre meninas e, 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/spancamento, fraturas, cortes, entorses, 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<sup>11,26</sup>.

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)<sup>31,32</sup>. Este se caracteriza por ameaças e ofensas, perpetradas por amigos e colegas, mas também pode ocorrer pelo uso de força física<sup>32</sup>. 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 violência<sup>33</sup>.

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<sup>31,32</sup>. 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 agressivo<sup>34</sup> e com distúrbios psicopatológicos<sup>34,35</sup>. A violência sofrida pelo adolescente, qualquer que seja sua expressão, se associa com comportamento agressivo, gerando, portanto, mais violência<sup>36</sup>.

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)<sup>37</sup> 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 mesmos<sup>18</sup>.

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.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde and United Nations Children's Fund. Child and adolescent injury prevention: a global call to action. Genebra: WHO e UNICEF; 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000500183](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500183)
2. Hyder AA, Puvanachandra P, Tran NH. Child and adolescent injuries: a new agenda for child health. *Inj Prev*. 2008; 14: 67.
3. 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/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/).
4. 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 [acesso em 2017 fev 10]; 8 (2): 1645-53. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf\\_1901](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4688/pdf_1901).
5. World Health Organization (WHO). *World report on child injury prevention*. Geneva: WHO/Unicef; 2008. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf)

6. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.

7. World Health Organization (WHO). *World report on road traffic injury prevention*.

Geneva: WHO; 2004. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42871/1/9241562609.pdf>

8. 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):3053-63.

9. 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[acesso em 2017 fev 10]; 13 (2): 79-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v13s2/1981-7746-tes-13-s2-0079.pdf>

10. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2015: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016

12. Paixão GPN, Santos NJS, Matos LSL, Santos CKFS, Nascimento DE, Bittencourt IS, Silva RS. Violência escolar: percepções de adolescentes. *Rev Cuid*. 2014 [acesso em 2017 fev 10]; 5 (2): 717-22. Disponível em: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/83/186>

13. Santos TMB, Cardoso MD, Ana Carolina Rodarti Pitangui, Yasmim Gabriella Cardoso Santos, Saul Martins Paiva, João Paulo Ramos Melo e Lygia Maria Pereira Silva. Completitude das notificações de violência perpetrada contra adolescentes em Pernambuco *Brasil Ciência & Saúde Coletiva*, 21(12):3907-3916, 2016

- 14 – Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2014. Brasília: MS; 2016.
- 15 - Malta DC, Mascarenhas MDM, Silva MMA, Carvalho MGO, Barufaldi LA, Avanci JQ et al . A ocorrência de causas externas na infância em serviços de urgência: aspectos epidemiológicos, Brasil, 2014. Ciênc. saúde coletiva. 2016 ; 21( 12 ): 3729-3744.
- 16.Mingoti, S.A. Análise de Dados Através de Métodos Estatísticos Multivariados. Uma Abordagem Aplicada. Belo Horizonte: UFMG, 2005.
- 17.Souza, A.M. R. Análise de Correspondência. Dissertação apresentada ao Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo. Abril de 1982.
- 18.Souza, A.C., Bastos, R.R. e Vieira, M.T. Análise de Correspondência Simples e Múltipla para Dados Amostrais Complexos. << URL: <http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Artigo%20Sinape%20v2.pdf>>> 18 de agosto de 2010
- 19.STATACORP - Stata Survey Data Reference Manual. College Station:Stata Corporation 2003.
20. Peltzer K. Injury and social determinants among in-school adolescents in six African countries. Inj Prev. 2008; 14(6): 381-8. Disponível em: <http://injuryprevention.bmj.com/content/14/6/381.long>
- 21.Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(1): 59-70.

22. Minayo MC. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 18-34.
23. Minayo, MC, Constantino P. Visão ecossistêmica do homicídio. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(12): 3269-278.
- 24 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): 2291-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a11v17n9.pdf>
25. 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.
26. Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello-Jorge MHP, Silva CMFP, Minayo MCS. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet* 2011; 75-89. [acessado 2012 fev 24]. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor5.pdf>
27. 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.
28. Rates SMM, Melo EM, Mascarenhas MDM, Malta DC. Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011. *Ciênc. saúde coletiva* 2015 Mar; 20(3): 655-665.
29. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saude Publica* 2006; 40(N Esp):112-120

30. 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.
31. Malta DC, do Prado RR, Dias AJ, Mello FC, Silva MA, da Costa MR, et al. Bullying and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:131-45.
32. 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];92:32-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.06.002>
33. Experiences of Domestic and School Violence Among Child and Adolescent Psychiatric Outpatients Sabine Vořlkl-Kernstock, Julia Huemer, Elisabeth Jandl-Jager, Marihan Abensberg-Traun, Sonja Marecek, Elisabeth Pellegrini, Belinda Plattner, Katrin Skala. Experiences of Domestic and School Violence Among Child and Adolescent Psychiatric Outpatients *Child. Psychiatry Hum Dev* (2016) 47:691–695)
- 34 Concepción López-Soler, Mavi Alcántara-López, Maravillas Castro, Julio Sánchez-Meca, Visitación Fernández. The Association between Maternal Exposure to Intimate Partner Violence and Emotional and Behavioral Problems in Spanish Children and Adolescents. *J Fam Viol* (2017) 32:135–144)
- 35 Erika Alejandra Giraldo Gallo, Christian Loret De Mola, Fernando Wehrmeister, Helen Gonçalves, Christian Kieling, Joseph Murraya. Childhood maltreatment preceding depressive disorder at age 18 years: A prospective Brazilian birth cohort study. *Journal of Affective Disorders* 217 (2017) 218–224)



36 Vangie A. Foshee, H. Luz McNaughton Reyes, May S. Chen, Susan T. Ennett, Kathleen C. Basile, Sarah DeGue, Alana M. Vivolo-Kantor, Kathryn E. Moracco, J. Michael Bowling Shared Risk Factors for the Perpetration of Physical Dating Violence, Bullying, and Sexual Harassment Among Adolescents Exposed to Domestic Violence. *J Youth Adolescence* (2016) 45:672–686).

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.

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
0a14	1=Sim; 0=Não	Idade entre 0 e 14 anos
15a19	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/ Condudente	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

*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
<b>Meio de agressão</b>				
Força corporal/ Espancamento	388	774	685	477
Arma Fogo	54	423	449	27
Envenenamento	30	412	334	108
Objeto perfurocortante/Condudente	108	162	183	87
Ameaça	38	14	25	27
<b>Local de ocorrência</b>				
Residência	166	379	238	307
Escola	185	76	162	99
Área recreação	38	82	110	10
Via pública	178	985	916	248
<b>Tipo de lesão</b>				
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
<b>Agressor</b>				
Pai/Mãe	56	52	26	82
Familiar	102	136	134	104
Amigo	293	398	498	194
Desconhecido	144	944	896	192

(\*) frequências expandidas

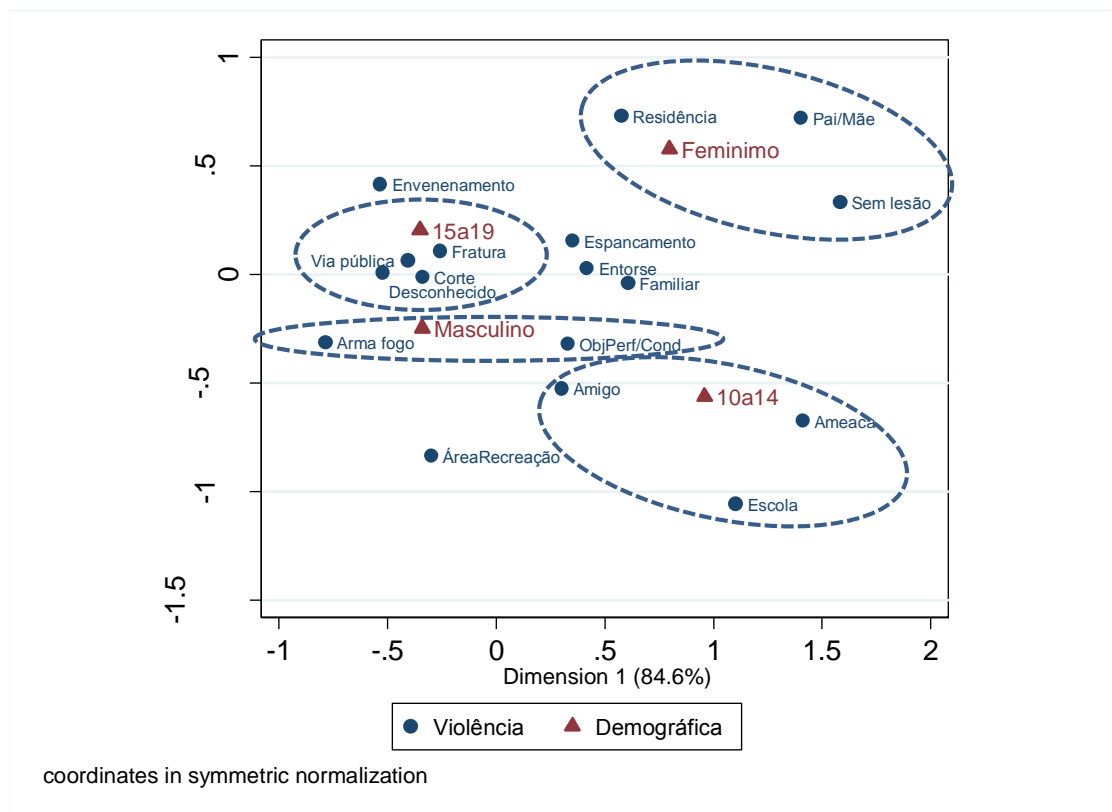
Tabela 2 - Dimensões, proporção da variância explicada na análise de correspondência

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 – Coordenadas e contribuições das características de adolescentes vítimas de agressão

Categorias	Geral			Dimensão 1			Dimensão 2		
	massa	qualidade	%inércia	coord	sqcorr	contrib	coord	sqcorr	contrib
<b>Violência</b>									
<b>Meio de agressão</b>									
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
ObjPerf/Cond	0.030	1.000	0.013	0.329	0.711	0.011	-0.321	0.289	0.024
Ameaca	0.006	1.000	0.036	1.411	0.911	0.039	-0.675	0.089	0.021
<b>Local de ocorrência</b>									
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
Area 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
<b>Agressor</b>									
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
<b>Tipo de lesão</b>									
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
<b>Demográfica</b>									
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

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

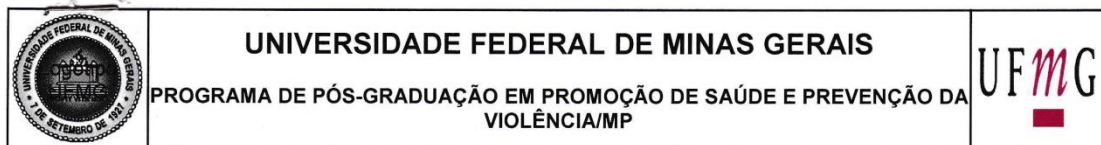


## CONCLUSÃO

A ocorrência dos eventos violentos perpassam por todos os setores da sociedade, entretanto verifica-se que as desigualdades sociais, de gênero e raça/cor tem grande influencia para a perpetuação da violência.

A implantação do VIVA representou uma importante iniciativa para o enfrentamento das causas externas, proporcionando a análise das características relacionadas à violência e permitindo a elaboração e implementação de Políticas Públicas que visam a prevenção dos eventos, atenção às vítimas, promoção da saúde e cultura de paz.

Sugere-se que para reverter o quadro da violência no Brasil devem ser implantadas e fortalecidas políticas voltadas para os estratos sociais com maiores vulnerabilidades, visando a diminuição das desigualdades, focadas na educação pública de qualidade, valorização das juventudes, diminuição das desigualdades entre brancos e negros reduzindo a discriminação e o preconceito.



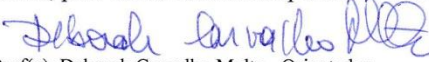
## FOLHA DE APROVAÇÃO

**REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES (VIVA): características da violência em todos os ciclos de vida e os fatores associados à violência praticada contra o adolescente.**


### FABRÍCIA SOARES FREIRE PUGÊDO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 15 de maio de 2018, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Deborah Carvalho Malta - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge  
UFMG

  
Prof(a). Elza Machado de Melo  
UFMG

Belo Horizonte, 15 de maio de 2018.

