

Atendimentos de jovens vítimas de agressões em serviços públicos de urgência e emergência, 2011: diferenças entre sexos

Care for young victims of assault in public emergency services in 2011: Sex differences

Alice Cristina Medeiros Melo ¹
Leila Posenato Garcia ²

Abstract *This article aims to describe the characteristics of assaults among youth victims of violence treated in Public Emergency Departments, according to sex. This is a descriptive study using data from the Brazilian Violence and Accidents Surveillance System based on a multicenter survey conducted by the Ministry of Health in 71 public emergency departments, located in 24 state capitals and the Federal District in 2011. Male subjects predominated among the victims (75.1%) and also among aggressors (83.1% and 69.7% of cases of violence against male and female victims, respectively). Among female victims, episodes of violence were more frequent at home (43.6%). The perpetrator was a stranger in 49.7% and 26.8% of cases among male and female victims, respectively, while the perpetrator was a partner or ex-partner in 3.9% and 31.5% cases, respectively ($p < 0.001$). Greater severity of injuries among men was consistent with the higher proportion of deaths in the first 24 hours (2.1%) compared to women (0.2%) ($p < 0.001$). The violence profile among youth victims treated in Public Emergency Departments was substantially different according to the sex of the victims. The results highlight the need to implement intersectoral policies, in line with the Brazilian Youth Statute.*

Key words *Health surveys, Young adult, Violence, Sex*

Resumo *O objetivo deste artigo é descrever as características das agressões entre jovens vítimas de violências atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexos. Trata-se de estudo descritivo com dados do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde, realizado em 71 serviços localizados em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2011. Indivíduos do sexo masculino predominaram entre as vítimas (75,1%) e entre os agressores (83,1% e 69,7% dos casos de violência perpetrada contra vítimas do sexo masculino e feminino, respectivamente). Entre vítimas do sexo feminino, predominaram ocorrências no domicílio (43,6%). O agressor era um estranho em 49,7% dos casos entre vítimas dos sexos masculino e 26,8% do sexo feminino, enquanto era um parceiro ou ex-parceiro em 3,9% e 31,5% ($p < 0,001$). A maior gravidade das lesões entre os homens era consistente com a maior proporção de mortes nas primeiras 24 horas (2,1%) em comparação com as mulheres (0,2%) ($p < 0,001$). As características das agressões entre vítimas jovens revelaram-se substancialmente diferentes segundo o sexo. É evidenciada a necessidade da implementação de políticas públicas intersectoriais voltadas para a prevenção da violência, conforme previsto no Estatuto da Juventude.*

Palavras-chave *Inquéritos epidemiológicos, Adulto jovem, Violência, Sexo*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências de Saúde, Asa Norte. 70910-900 Brasília DF Brasil.

acnmedeiros@gmail.com

² Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília DF Brasil.

Introdução

Os padrões de saúde da juventude têm sido afetados por mudanças sociais, econômicas e políticas globais ocorridas nas últimas décadas, em todo o mundo¹. No Brasil, o Estatuto da Juventude (Lei n. 12.852/2013)² foi promulgado em 2013. Este inclui, entre seus princípios e diretrizes, a promoção da vida segura e da cultura da paz, bem como a necessidade de gestão da informação e produção de conhecimento sobre jovens, com o objetivo de desenvolver políticas públicas inter-setoriais, programas e ações para a juventude. A população de 15 a 29 anos de idade, contemplada pelo Estatuto da Juventude, correspondia a aproximadamente 52 milhões de jovens, ou mais de um quarto da população brasileira, em 2010³.

Entre os jovens brasileiros, as causas externas são a principal causa de mortalidade. Em 2013, foram registrados 73,2 mil óbitos por estas causas, com importantes diferenças entre os sexos: 80,5% foram de jovens do sexo masculino⁴. Quanto aos homicídios, foi observada predominância de vítimas do sexo masculino em todas as faixas etárias no Brasil e nas Américas, no período de 1999 a 2009⁵.

No Brasil, a elevada mortalidade relacionada à violência é atribuída aos homicídios em contextos urbanos, cujos agressores e vítimas são principalmente os homens jovens, tendo nas desigualdades sociais um de seus principais determinantes⁶, diferente da realidade de grande parte dos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde os óbitos por agressões estão relacionados a conflitos civis¹.

Frente a isto, alguns estudos têm discutido as diferenças quanto aos padrões de morbimortalidade as relacionando, especialmente, a modelos de masculinidade⁷⁻⁹. Segundo Souza et al.¹⁰, os homens se expõem mais a situações de risco, por conta de comportamentos reafirmadores da masculinidade, configurados por práticas machistas e que podem levar à morte precoce.

Por sua vez, as mulheres são as principais vítimas de violência doméstica e familiar. Os parceiros íntimos são os principais assassinos de mulheres. Estudo de revisão sistemática revelou que aproximadamente 40% de todos os homicídios de mulheres no mundo são cometidos por um parceiro íntimo¹¹. Estudo realizado em São Paulo e Pernambuco, no ano de 2003, revelou que em aproximadamente metade dos casos de violência contra a mulher, o agressor era um parceiro íntimo (incluindo maridos, companheiros, namorados ou ex-parceiros)¹².

A violência vem sendo relatada como um fenômeno sócio-histórico, que se constitui em importante problema para a saúde pública, exigindo, assim, a elaboração de políticas e práticas específicas¹³. Considerando-se a recente aprovação do Estatuto da Juventude e o fato de que a violência entre jovens envolve características peculiares e diferenças marcantes em relação ao sexo, justifica-se a realização de estudos sobre o tema, que possam fornecer subsídios ao enfrentamento desse problema na juventude no Brasil.

O presente estudo tem como objetivo descrever as características das agressões entre jovens vítimas de violências atendidos em serviços de urgência e emergência no Brasil, segundo sexos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, realizado com dados das vítimas de violências atendidas em serviços de urgência e emergência vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), obtidos por meio de inquérito transversal, realizado em 2011, no âmbito do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Para o presente estudo, foram incluídas exclusivamente as vítimas jovens, na faixa etária de 15 a 29 anos, atendidas em 71 serviços de urgência e emergência situados em 24 capitais brasileiras e no Distrito Federal. As capitais dos estados do Amazonas (Manaus) e São Paulo (São Paulo) foram excluídas devido a perda de informação.

Os serviços de urgência e emergência foram selecionados a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), tendo como critérios de inclusão: (1) prestar serviço de urgência e emergência e (2) ser serviço de referência para atendimento de causas externas no município.

Em cada um dos serviços participantes, os dados do VIVA inquérito foram coletados em um período de 30 dias consecutivos, divididos em 60 turnos de 12 horas, entre os meses de setembro e outubro de 2011. Para cada uma das capitais, o tamanho mínimo da amostra foi de 2.000 atendimentos, número este que foi dividido pela média por turno de atendimentos por causas externas realizados no mesmo serviço em anos anteriores, obtido por meio do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do VIVA Inquérito (para os serviços participantes da pesquisa nos anos anteriores – 2006, 2007 e 2009).

Os turnos foram selecionados por meio de amostragem probabilística. Os estabelecimentos constituíram conglomerados e os turnos corres-

ponderam à unidade primária de amostragem. Foram incluídos na amostra do VIVA Inquérito todos os atendimentos por acidentes e violências realizados nos turnos sorteados. Foram excluídas as vítimas que procuraram atendimentos pela mesma ocorrência pela segunda ou por mais vezes, a exemplo de retornos médicos e/ou complicações da assistência. Informações adicionais podem ser obtidas em publicação específica¹⁴.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas por entrevistadores treinados, utilizando formulário padronizado. O tipo de ocorrência que motivou o atendimento foi classificado por meio das respostas obtidas durante as entrevistas e segundo as definições constantes da 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10), referentes ao capítulo XX—Causas externas de morbidade e mortalidade. Para o presente estudo, foram selecionadas as ocorrências classificadas como “agressão/maus-tratos”.

As variáveis estudadas foram:

- sexo: masculino, feminino;
- idade: 15-18, 19-24, 25-29;
- cor da pele: branca/amarela/indígena, preta ou parda;
- consumo de bebida alcoólica pela vítima nas 6 horas anteriores à ocorrência, referido pelo entrevistado, ou suspeitado pelo entrevistador: não, sim;
- procura de atendimento em outro serviço pela mesma ocorrência, antes do atendimento no local da entrevista: não, sim;
- dia da semana da ocorrência: Segunda a sexta, sábado a domingo;
- período/turno da ocorrência: manhã (6:00 às 11:59 horas), tarde (12:00 às 17:59 horas), noite (18:00 às 23:59 horas) ou madrugada (24:00 às 5:59 horas);
- natureza da agressão: física, sexual, psicológica, outros;
- meio de agressão: força corporal/espancamento, arma de fogo, objeto perfurocortante, objeto contundente, outros;
- provável autor da agressão, referido pela vítima: pai/mãe/outro familiar, companheiro/ex-companheiro, amigo/conhecido, agente legal, desconhecido, outros;
- sexo do provável autor da agressão: masculino, feminino, ambos os sexos;
- local de ocorrência: domicílio, via pública, bar ou similar, outro;
- natureza da lesão: sem lesão, contusão, corte/laceração, entorse/luxação, fratura, traumatismo cranioencefálico/politraumatismo, outros;

- parte do corpo atingida: cabeça/pescoço, tronco, membros superiores e inferiores, múltiplos órgãos, outros;

- evolução na emergência nas primeiras 24 horas: alta, internação hospitalar, encaminhamento ambulatorial, encaminhamento para outro serviço, evasão/fuga, óbito).

Para investigação das diferenças entre proporções nas categorias das variáveis estudadas entre sexos, foi empregado o teste do qui-quadrado (Rao-Scott) com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas com auxílio do programa Stata, versão 12 (StataCorp), utilizando-se o módulo *survey*, tendo em vista que os dados são provenientes de plano amostral complexo.

O projeto do VIVA Inquérito 2011 foi avaliado e aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi realizada após obtenção do consentimento verbal das vítimas, ou de seus responsáveis ou acompanhantes, quando estas eram menores de 18 anos ou estavam inconscientes.

Resultados

No total, 16.120 jovens foram atendidos em serviços de urgência participantes do VIVA Inquérito, em 2011 (11.461 homens e 4.659 mulheres). Deste total, 1.894 (11,7%) eram vítimas de violências, entre as quais predominaram o sexo masculino (n = 1.422; 71,5%) em relação ao feminino (n = 472; 24,9%).

A Tabela 1 descreve as características das vítimas e da ocorrência, para o total da amostra e segundo os sexos. Quase metade das vítimas jovens estava na faixa de 19 a 24 anos (45,3%), sem diferenças significativas entre os sexos (p = 0,157). Mais de dois terços (75,2%) eram de cor da pele preta ou parda, também sem diferenças entre os sexos (p = 0,150). O consumo de bebida alcoólica nas seis horas anteriores à ocorrência foi relatado em maior proporção pelas vítimas do sexo masculino (52,8%) em relação ao feminino (33,9%) (p < 0,001). A procura de atendimento em outro serviço, pela mesma ocorrência, foi registrada em 23,6% dos atendimentos, sem diferenças entre os sexos (p = 0,577).

Os episódios de violência foram mais frequentes aos sábados e domingos, que concentraram 46,1% das ocorrências entre vítimas do sexo masculino e 40,3% do feminino (Tabela 1, Figura 1).

Quanto à hora da ocorrência, houve maior frequência à noite e de madrugada entre vítimas

Tabela 1. Descrição das características das vítimas de agressões entre jovens (15-29 anos) atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexo. VIVA Inquérito, 2011.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,157
15-18	271	18,4	114	22,8	385	19,5	
19-24	645	45,2	213	45,5	858	45,3	
25-29	506	36,4	145	31,7	651	35,2	
Cor da pele							0,150
Branca/amarela/indígena	303	23,8	122	27,7	425	24,8	
Preta/parda	1.110	76,2	347	72,3	1.457	75,2	
Consumo de bebida alcoólica ^a							< 0,001
Não	541	47,2	257	66,1	798	51,8	
Sim	641	52,8	129	33,9	770	48,2	
Procura de atendimento em outro serviço ^b							0,577
Não	1.075	76,8	353	75,3	1.428	76,4	
Sim	317	23,3	110	24,7	427	23,6	
Dia da semana da ocorrência							0,080
Segunda a sexta	734	53,9	274	59,7	1.008	55,3	
Sábado ou domingo	681	46,1	196	40,3	877	44,7	
Período da ocorrência							0,089
Manhã	228	16,5	69	13,4	297	15,8	
Tarde	304	21,8	126	27,7	430	23,3	
Noite	492	34,4	169	36,0	661	34,8	
Madrugada	395	27,3	107	22,9	502	26,2	

*Teste do qui-quadrado (Rao-Scott). ^a Nas 6 horas anteriores, referido pela entrevistada, ou suspeitado pelo entrevistador. ^b Pela mesma ocorrência, antes do atendimento no local da entrevista.

do sexo masculino (34,4% e 27,3%, respectivamente) e à noite e tarde entre aquelas do sexo feminino (36,0% e 27,7%, respectivamente) (Tabela 1). A Figura 2 ilustra a distribuição das ocorrências segundo sexo e hora do dia. Observa-se crescimento do volume de ocorrências a partir das 19 horas, em ambos os sexos.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos segundo todas as características das agressões estudadas ($p < 0,001$) (Tabela 2). A natureza da agressão mais frequente foi violência física, nos sexos masculino (99,2%) e feminino (97,9%). Entre as vítimas do sexo feminino, as violências sexual (1,1%) e psicológica (0,6%) foram mais frequentes em relação ao masculino (0,6% e zero, respectivamente). Força corporal ou espancamento foi o principal meio de agressão, com maior frequência entre vítimas do sexo feminino (58,7%) em comparação ao masculino (35,9%). Por sua vez, a agressão por

arma de fogo foi mais frequente entre vítimas do sexo masculino (23,1%) em relação ao feminino (7,4%) (Tabela 2).

Entre vítimas do sexo feminino, os principais agressores foram companheiros ou ex-companheiros (31,8%), enquanto entre aquelas do sexo masculino, foram desconhecidos (27,1%). Ainda, no sexo masculino, a agressão por agente legal foi mais frequente (4,1%) em relação ao feminino (0,6%). O sexo masculino destacou-se como o principal perpetrador das agressões, tanto para vítimas do sexo masculino (92,8%), quanto do feminino (72,5%). A via pública foi o local mais frequente de agressão entre as vítimas do sexo masculino (55,4%), enquanto o domicílio foi o principal local entre aquelas do sexo feminino (44,1%) (Tabela 2).

Quanto à natureza da lesão, cortes ou lacerações foram mais frequentes entre vítimas de ambos os sexos (60,3% masculino e 49,8% fe-

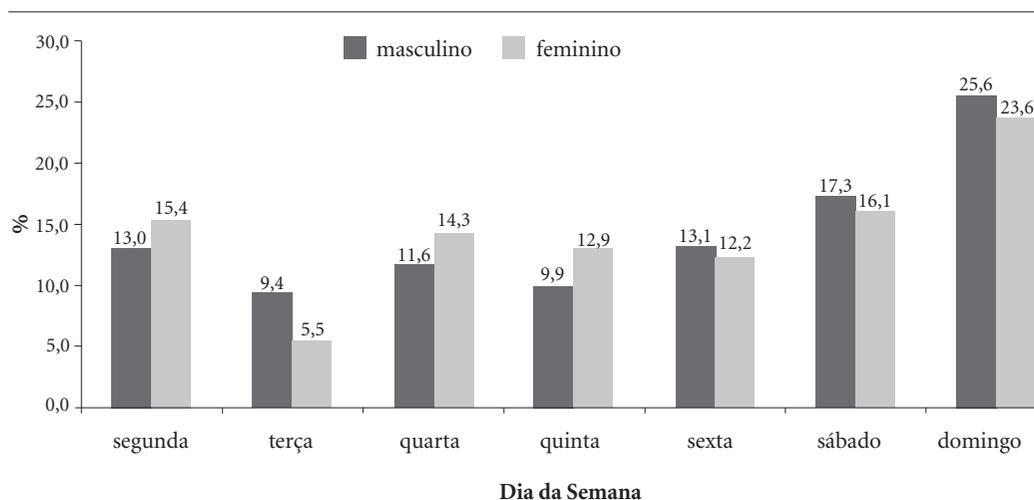


Figura 1. Distribuição dos atendimentos das vítimas de agressões entre jovens (15-29 anos) nos serviços de urgência e emergência, segundo dia da semana de ocorrência e sexo. VIVA Inquérito, 2011.

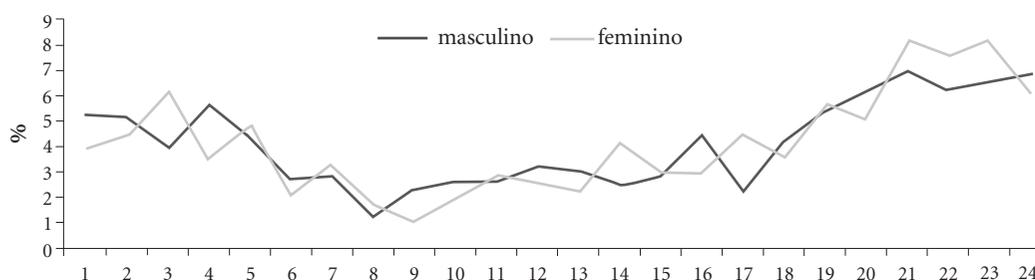


Figura 2. Distribuição dos atendimentos das vítimas de agressões entre jovens (15-29 anos) em serviços de urgência e emergência, segundo hora de ocorrência e sexo, VIVA Inquérito. 2011.

minino), seguidos por traumatismos (11,0% e 7,1%, respectivamente). Nas primeiras 24 horas após o atendimento, a maior parte das vítimas evoluiu para alta, com maior proporção no sexo feminino (77,2%) em relação ao masculino (60,6%). Entre vítimas do sexo masculino, houve maior ocorrência de óbito nas primeiras 24 horas (2,1%) em comparação àquelas do sexo feminino (0,2%) (Tabela 2).

Discussão

Foram observadas diferenças marcantes entre as características das vítimas e das agressões, entre jovens atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. Indivíduos do sexo masculino

predominaram entre as vítimas e foram os principais agressores. Entre eles, a maior parte das agressões ocorreu em via pública e foi perpetrada por desconhecido. Entre vítimas do sexo feminino, predominaram ocorrências no domicílio, perpetradas por companheiros, ex-companheiros, familiares ou conhecidos. Entre vítimas do sexo masculino, foi observada maior proporção de lesões mais graves e óbitos nas primeiras 24 horas, em comparação com aquelas do sexo feminino. Outro achado que merece destaque é o elevado consumo de álcool pelas vítimas de agressão, relatado por mais da metade das do sexo masculino e um terço das do feminino.

Os achados do presente estudo foram consistentes com os de outros realizados no Brasil e no exterior^{5,13,15} quanto à predominância do

Tabela 2. Descrição das características das agressões entre jovens (15-29 anos) atendidos em serviços de urgência e emergência, segundo sexos. VIVA Inquérito, 2011.

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		p*
	n	%	n	%	n	%	
Natureza da agressão							0,002
Física	1403	99,2	457	97,9	1860	98,9	
Sexual	3	0,2	6	1,1	9	0,4	
Psicológica	-	-	6	0,6	6	0,2	
Outros	7	0,6	1	0,3	8	0,7	
Meio de agressão							< 0,001
Força corporal/Espancamento	512	35,9	268	58,7	780	41,4	
Arma de fogo	306	23,1	30	7,4	336	19,4	
Objeto perfurocortante	429	29,1	118	21,6	547	27,3	
Objeto contundente	148	11,1	36	9,3	184	10,7	
Outros	14	0,8	18	2,9	32	1,3	
Provável autor da agressão							< 0,001
Pai/mãe/Outro familiar	115	8,0	72	15,9	187	9,9	
Companheiro/Ex-companheiro	61	4,1	152	31,8	213	11,0	
Amigo/conhecido	412	30,1	113	23,2	525	28,4	
Agente legal	56	4,1	3	0,6	59	3,2	
Desconhecido	685	52,5	115	27,1	800	46,2	
Outros	18	1,2	8	1,5	26	1,3	
Sexo do provável autor da agressão							< 0,001
Masculino	1174	92,8	315	72,5	1489	87,6	
Feminino	71	5,0	125	25,8	196	10,3	
Ambos os sexos	32	2,2	6	1,7	38	2,1	
Local de ocorrência							< 0,001
Domicílio ^c	289	19,9	221	44,1	510	25,8	
Via pública	757	55,4	153	34,3	910	50,3	
Bar ou Similar	194	13,5	52	13,4	246	13,5	
Outro	155	11,1	37	8,3	192	10,4	
Natureza da lesão							< 0,001
Sem lesão	11	1,1	20	3,5	31	1,6	
Contusão	150	12,1	81	18,5	231	13,6	
Corte/Laceração	891	60,3	245	49,8	1136	57,8	
Entorse/Luxação	55	3,5	40	11,4	95	5,4	
Fratura	86	6,7	24	5,2	110	6,4	
Traumatismo Cranioencefálico/Politraumatismo	148	11,0	27	7,1	175	10,1	
Outra	72	5,2	24	4,5	96	5,1	
Parte do corpo atingida							0,022
Cabeça/pescoço ^d	544	37,1	190	40,3	734	37,8	
Tronco ^e	252	17,5	50	10,7	302	15,9	
Membros Superiores/Inferiores	400	28,8	141	32,6	541	29,7	
Múltiplos órgãos	212	16,7	67	16,3	279	16,6	
Evolução na emergência nas primeiras 24 horas							< 0,001
Alta	837	60,6	348	77,2	1185	64,6	
Internação hospitalar ^f	426	29,7	79	16,4	505	26,5	
Encaminhamento ambulatorial	85	6,3	28	4,6	113	5,9	
Evasão/fuga	23	1,3	8	1,7	31	1,4	
Óbito	24	2,1	1	0,2	25	1,7	

*Teste do qui-quadrado (Rao-Scott). ^c Inclui residência e habitação coletiva. ^d Inclui boca/dentes, outra região da cabeça/face, pescoço. ^e Inclui Coluna/medula, tórax/dorso, abdome/quadril e genitais/anus. ^f Inclui internação hospitalar e encaminhamento para outro serviço.

sexo masculino como vítima e autor de agressão. Estudo sobre a morbimortalidade de jovens brasileiros por agressões, realizado no Brasil, no período de 1996 a 2007, evidenciou uma razão de sexos masculino:feminino de 11,6 no número de óbitos, 4,5 no número de internação e 2,8 no número de atendimentos de emergência¹⁶.

Diferenças de gênero com relação aos padrões de morbimortalidade, ao uso de serviços e às necessidades de saúde como relacionados a modelos de masculinidade têm sido amplamente discutidas⁷. Segundo Alves et al.¹⁷, a vulnerabilidade dos homens é agravada por sua origem social e cultural, que os condiciona à posição de dominador, instituindo a violência como um atributo próprio da sua natureza, e os coloca na condição de vítimas e autores de violência.

No presente estudo, a via pública destacou-se como o local mais frequente de agressão entre as vítimas do sexo masculino, o que é compatível com o maior envolvimento dos homens na violência urbana. Estudo sobre características dos municípios e o risco de homicídios em homens, evidenciou que os de maior porte populacional e com maior urbanização apresentaram maiores taxas, reforçando a ideia do papel de características demográficas como componentes explicativos do crescimento da violência no Brasil¹⁸.

As armas de fogo foram um importante meio de agressão, envolvido em quase um quinto dos atendimentos. Entre as vítimas do sexo masculino, quase uma em cada quatro lesões teve como causa as armas de fogo. Estudo realizado na Argentina, no período 1991 a 2006, evidenciou que 48,5% das vítimas fatais de lesões por armas de fogo estavam faixa etária 15 a 29 anos de idade¹⁹. Ademais, análise dos homicídios de mulheres em idade fértil, realizado em Recife/PE, no período de 2003 a 2007, apontou que mais de 80% dos óbitos ocorreram como resultado de agressões com uso de arma de fogo²⁰.

Apesar do sexo masculino predominar entre as vítimas de violência, o perfil dos atendimentos das vítimas do sexo feminino merece reflexão. Entre estas, prevaleceram lesões menos graves e agressões em circunstâncias consistentes com a violência doméstica e familiar, com predomínio de ocorrências no domicílio. Estudo sobre óbitos de mulheres por agressões no Brasil destacou que ocorreram por dia, em média, 13,5 vezes, no período de 2001 a 2011, e que o perfil de grande parte era consistente com situações de violência doméstica e familiar contra a mulher²¹.

As lesões não fatais correspondem ao efeito mais direto da violência por parceiro íntimo, que

adicionalmente está relacionada a diversas consequências deletérias para a saúde da mulher. Estima-se que entre as mulheres que experimentam algum tipo de violência por parceiro íntimo, 42% tiveram lesões²², apontando para o importante fardo que isso representa para a saúde pública. A Organização Mundial da Saúde reforça a necessidade de melhorar a capacidade dos serviços de saúde em identificar vítimas de violência doméstica e, assim, tentar prevenir risco de morte por essa causa²².

Chama a atenção o fato de que aproximadamente um quarto dos jovens vítimas de violência havia procurado atendimento em outro serviço, pela mesma ocorrência, antes do atendimento no local da entrevista. Este achado indica a necessidade dos serviços de saúde estarem atentos e preparados para acolher e prestar a assistência adequada às vítimas.

A maior proporção de lesões mais graves entre os homens, corrobora com achado de edições anteriores do VIVA Inquérito. Em 2009, a pesquisa evidenciou que adolescentes de 15 a 19 anos de idade estão mais sujeitos a lesões mais graves com necessidade de internação nas primeiras 24 horas após o atendimento (18,3%) do que indivíduos com menor idade (5,6%)²³.

No presente estudo, foi evidenciada elevada frequência de consumo de bebida alcoólica entre jovens vítimas de agressões. O uso do álcool aumenta o risco de envolvimento em episódios de acidentes e violência^{24,25}. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada no ano de 2013, revelaram que a prevalência do consumo abusivo de álcool na população brasileira foi 3,3 vezes maior entre homens do que entre as mulheres, e que as maiores foram observadas na população adulta jovem, de 18 a 29 anos de idade (18,8%)²⁶.

Estudo conduzido com estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas do Brasil evidenciou uma iniciação precoce à bebida alcoólica em metade dos adolescentes (50,3%), ainda mais frequentemente entre 12 a 13 anos de idade²⁷. É evidenciada a necessidade de medidas legislativas protetoras, bem como de maior rigor na fiscalização das vendas de bebidas para jovens, principalmente em ambientes como bares e similares que aparecem, neste estudo, como locais importantes de ocorrência de agressões.

Os achados deste estudo devem ser considerados à luz de algumas limitações. Com respeito à validade externa, é importante destacar que a população de estudo se refere a indivíduos atendidos em serviços públicos de urgência e emer-

gência de 24 capitais e do Distrito Federal. Dessa forma, os resultados referem-se a essa população fonte. Não se dispõe de dados precisos para estimar o percentual de cobertura das unidades públicas de urgência e emergência do país, no entanto, mais da metade dos brasileiros que procuraram serviços de saúde nas duas semanas que antecederam a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 relataram ter recebido atendimento na rede pública de saúde²⁸. Com respeito a erros de mensuração, o desfecho foi construído a partir de informações referidas pelas vítimas ou acompanhantes. Esse fato pode ter resultado em desconsideração de alguns casos de agressões, incorretamente classificadas como casos acidentais, bem como de erros na classificação dos autores da agressão, tendo em vista que vítimas de violência doméstica, por exemplo, podem dissimular as informações.

Em conclusão, as características das agressões entre jovens vítimas atendidas em serviços de urgência revelaram-se substancialmente diferentes segundo o sexo. O Sistema Viva detém imenso potencial para a geração de evidências e subsídios para políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência envolvendo jovens no Brasil. É evidenciada a necessidade da implementação de políticas públicas intersetoriais voltadas para a prevenção da violência nesta população específica, conforme previsto no Estatuto da Juventude. Para os jovens do sexo masculino, sugere-se o direcionamento das ações principalmente à prevenção da violência urbana e fatores associados como consumo de álcool e porte de armas de fogo, enquanto para as jovens, as ações devem incluir também a prevenção da violência doméstica e familiar.

Colaboradores

ACM Melo: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados e redação crítica do conteúdo intelectual. LP Garcia: concepção e delineamento do estudo, e redação e revisão crítica do conteúdo. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declararam serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

- Krug EG, Mercy J, Dahlberg LL, Zwi AB. World report on violence and health. *Lancet* 2002; 360(9339):1083-1088.
- Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. *Diário Oficial da União* 2013; 6 ago.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estatísticas do Registro Civil 2013*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
- Gawryszewski VP, Sanhueza A, Martinez-Piedra R, Escamilla JA, Souza MFM. Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3171-3182.
- Reichenheim ME, Souza ER, Moraes CL, Mello Jorge MHP, Silva CMFP, Souza Minayo MC. Violence and injuries in Brazil: The effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet* 2011; 377(9781):1962-1975.
- Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
- Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos Figueiredo W, Valença OA, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4503-4512.
- Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):429-438.
- Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1211-22.
- Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, Moreno CG. The global prevalence of intimate partner homicide: A systematic review. *Lancet* 2013; 382(9895):859-865.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):797-807.
- Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde (MS). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: MS; 2005. p. 9-41.
- Neves ACMN, Mascarenhas MDM, Silva MMAMN, 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* 2012; 22(4):587-596.
- Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):779-788.
- Souza ER, Gomes R, Silva JG, Correia BSC, Silva MMA. Morbimortalidade de homens jovens brasileiros por agressão: expressão dos diferenciais de gênero. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3243-3248.
- Alves RA, Pinto LMN, Silveira AM, Oliveira GL, Melo EM. Homens, vítimas e autores de violência: A corrosão do espaço público e a perda da condição humana. *Interface Commun Heal Educ*. 2012; 16(43):871-883.
- Duarte EC, Garcia LP, Freitas LRS, Mansano NH, Monteiro RA, Ramalho WM. Associação ecológica entre características dos municípios e o risco de homicídios em homens adultos de 20-39 anos de idade no Brasil, 1999-2010. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2259-2268.
- Zunino MG, Diez Roux AV, Souza ER. Homicídios por armas de fogo em Argentina, 1991-2006: un análisis de niveles múltiples. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3219-3232.
- Silva LS, Menezes MLN, Lopes CLA, Corrêa MSM. Anos potenciais de vida perdidos por mulheres vítimas de homicídio na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(9):1721-1730.
- Garcia LP, Freitas LRS, Köfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2013; 22(3):383-394.
- World Health Organization (WHO). *Global and regional estimates of violence against women prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO; 2013.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Bernal RTI, Andrade SSCA, Neves ACM, Melo EM, Silva Júnior JB. Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2291-2304.
- World Health Organization (WHO). *Inequalities in young people's health: Health Behavior in School-aged Children. International Report from 2005-2006*. Geneva: WHO; 2008. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 5).
- Mascarenhas MDM, Neves ACM, Monteiro RA, Silva MMA, Malta DC. Emergency room visits due to external causes and alcohol consumption - Capitals and the Federal District, Brazil, 2011. *Cien Saude Colet* 2015; 20(4):1037-1046.
- Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(2):227-237.
- Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Barreto SM, Moraes Neto OL. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2014; 48(1):52-62.
- Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3807-3816.

Artigo apresentado em 22/06/2015

Aprovado em 22/10/2015

Versão final apresentada em 24/10/2015

