

Tendências de situações de violência vivenciadas por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, 2012 e 2015

Trends in violent situations experienced by Brazilian adolescents: National Adolescent Student Health Survey 2009, 2012, and 2015

Isabella Vitral Pinto¹, Laura Augusta Barufaldi¹, Maryane Oliveira Campos¹, Deborah Carvalho Malta², Rayone Moreira Costa Veloso Souto¹, Mariana Gonçalves de Freitas¹, Cheila Marina de Lima¹, Marco Antonio Ratzsch de Andreazzi³

RESUMO: *Objetivo:* Apresentar as tendências encontradas nas três últimas edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) sobre situações de violência vivenciadas por escolares brasileiros. *Metodologia:* Estudo de séries temporais com recorte para as capitais brasileiras, utilizando as bases de dados da PeNSE de 2009, 2012 e 2015. Os indicadores avaliados foram: faltar às aulas por insegurança no trajeto casa-escola ou na escola; envolvimento em briga com arma de fogo ou arma branca; e agressão por adulto da família. Foram estimadas as prevalências dos indicadores para o total dos adolescentes, por sexo, tipo de escola e capitais. As tendências das prevalências foram estimadas por meio de regressão linear, ajustadas por idade. *Resultados:* Identificou-se tendência de aumento das prevalências, com significância estatística, para todos os indicadores de violência selecionados no período de 2009 a 2015, nas capitais brasileiras. *Discussão:* Os grupos mais vulneráveis foram escolares das escolas públicas; adolescentes do sexo masculino no caso do envolvimento em brigas com arma branca ou de fogo; e adolescentes do sexo feminino no caso de agressão física por familiar. *Conclusão:* A PeNSE contribuiu para identificar o aumento das prevalências de violências vividas pelos adolescentes, o que alerta para a necessidade de planejamento e implementação de políticas que contribuam para a prevenção de violência, promoção da saúde e da cultura de paz.

Palavras-chave: Violência. Adolescente. Comportamento do adolescente. Agressão.

¹Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Isabella Vitral Pinto. SRTV 701, Via W5 Norte, Edifício PO700, 6º andar, CEP: 70723-040, Brasília, DF, Brasil. E-mail: isabella.pinto@saude.gov.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Ministério da Saúde.

ABSTRACT: *Objective:* To present trends found in the last three editions of the National Adolescent Student Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE) on violent situations experienced by Brazilian students. *Methods:* Time-series study with a focus on the Brazilian state capitals, using PeNSE databases of 2009, 2012, and 2015. The indicators evaluated were: missing classes due to insecurity in the home-school route or at school; involvement in a fight with firearm or melee weapon; and physical assault by an adult of the family. We estimated the prevalence of indicators according to the total number of adolescents, gender, school type, and capital. Trends in prevalence were estimated by linear regression, adjusted for age. *Results:* We identified a trend in increasing prevalence, with statistical significance, for all selected violence indicators in the period from 2009 to 2015, in Brazilian state capitals. *Discussion:* The most vulnerable groups were public schools students; male adolescents for involvement in fights with melee weapons or firearms; and female adolescents for physical assault by family members. *Conclusion:* PeNSE contributed to identifying the increase in the prevalence of violence experienced by adolescents, which alerts to the need of planning and implementing policies that help to prevent violence, and promote health and a culture of peace.

Keywords: Violence. Adolescent. Adolescent behavior. Aggression.

INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida em que se destacam as mudanças físicas, sexuais, cognitivas e emocionais, na qual os padrões de comportamento do futuro adulto são estabelecidos^{1,2}. Nesse momento, os indivíduos experimentam novas práticas e comportamentos com vistas à conquista de maior autonomia, o que pode levar à exposição a situações de risco no âmbito das violências e acidentes³.

No Brasil, os acidentes e as violências são o maior problema de saúde pública entre crianças, adolescentes e jovens, apresentando os maiores impactos na mortalidade desses grupos³. O estudo do perfil de mortalidade em 2014 mostrou que, na população de 5 a 14 anos, os acidentes de transporte terrestre (ATT) lideraram a lista de causa de morte, seguidos dos homicídios, tanto para sexo masculino quanto para o feminino⁴. Na faixa etária de 15 a 29 anos entre os homens, em 2014, a principal causa de morte foi o homicídio (29.830), seguido dos ATT (12.005); entre as mulheres, a principal causa foram os ATT (2.148), seguidos de homicídios (1.968)⁴. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), para cada homicídio de jovens há em torno de 20 a 40 vítimas não fatais da violência juvenil recebendo tratamento hospitalar⁵, revelando carga substancial de consequências na saúde⁶.

Entre escolares, participar de brigas físicas, *bullying* e portar armas são reconhecidos fatores de risco para as violências na juventude⁵. Compreender como os adolescentes são impactados pelas violências comunitária e intrafamiliar, assim como sua participação como autores de violência, é essencial para identificar a violação de direitos humanos e suscitar a ação dos gestores públicos⁷.

As violências sofridas e praticadas por adolescentes interferem na qualidade de vida dos mesmos, afetando também os familiares, amigos e a comunidade, podendo provocar desempenho educacional insatisfatório, comportamentos de risco em saúde, incapacidades, doenças e mortes^{5,6}.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) vem contribuir para o monitoramento das situações de violência vivenciadas por escolares brasileiros³. Entende-se que essa informação é peça fundamental para a prevenção das violências, orientação do planejamento e avaliação de políticas voltadas para os adolescentes⁸.

O objetivo do presente artigo foi apresentar as tendências encontradas nas três últimas PeNSE (2009, 2012 e 2015)⁹⁻¹¹ da percepção dos escolares sobre segurança no deslocamento para a escola e na escola, envolvimento em briga em que alguém usou arma de fogo, envolvimento em briga em que alguém usou arma branca e sofrer agressões por familiares.

Espera-se que os resultados apresentados aqui contribuam para o desenho de políticas públicas de prevenção de violências, promoção da saúde e da cultura de paz.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de séries temporais com recorte para as capitais brasileiras, utilizando as bases de dados da PeNSE, um inquérito realizado em escolas públicas e privadas em três edições (2009, 2012 e 2015)⁹⁻¹¹. A primeira edição foi representativa somente das capitais brasileiras, na segunda edição foi expandida a representatividade para Brasil e regiões. Na última amostra, em 2015, além das representatividades anteriores, os resultados para o nono ano foram representativos para estados e Distrito Federal. Além disso, foi incluída uma subamostra nacional para representar os escolares segundo a idade (13, 14, 15, 16 e 17 anos), possibilitando a comparação mais precisa com dados de pesquisas internacionais, como por exemplo os indicadores gerados pela OMS, contemplando mais de cem países, por meio de estudo transnacional *Global School-based Student Health Survey* (GSHS).

A população do presente estudo foi composta pelos escolares do nono ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal para os anos de 2009, 2012 e 2015. O cálculo do tamanho amostral, em todas as edições, considerou estimativa de proporção de 50% e uma probabilidade de erro tipo I ou α de 0,05. Trata-se de uma amostra por conglomerado selecionada em dois estágios: o primeiro estágio foi nas escolas, e o segundo, em turmas elegíveis nas escolas selecionadas (nono ano do ensino fundamental).

Todas as edições da pesquisa foram aprovadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob os pareceres nº 11.537/2009, 16.805/2012 e 1.006.467/2015. Todos os estudantes que participaram das entrevistas concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os detalhes da metodologia dos inquéritos podem ser acessados em outras publicações⁹⁻¹¹.

As variáveis avaliadas no presente estudo foram:

- faltou às aulas por insegurança no trajeto casa-escola: percentual de escolares que referiram ter faltado às aulas por insegurança no trajeto por pelo menos 1 dia nos 30 dias que antecederam a coleta de dados;
- faltou às aulas por insegurança na escola: percentual de escolares que referiram ter faltado às aulas por insegurança na escola por pelo menos 1 dia nos 30 dias que antecederam a coleta de dados;
- se envolveu em briga em que alguém usou arma de fogo: percentual de escolares que referiram ter se envolvido em alguma briga em que alguma pessoa usou arma de fogo (como revólver ou espingarda) nos 30 dias que antecederam a coleta de dados;
- se envolveu em briga em que alguém usou arma branca: percentual de escolares que referiram ter se envolvido em alguma briga em que alguma pessoa usou arma branca (como faca, canivete, peixeira, pedra, pedaço de pau ou garrafa) nos 30 dias que antecederam a coleta de dados;
- sofreu agressão física por adulto na família: percentual de escolares que referiram ter sofrido agressão física por adulto da família pelo menos uma vez nos 30 dias que antecederam a coleta de dados.

Com relação à análise dos dados, inicialmente foram descritas as características gerais dos estudantes das três edições do inquérito. De forma sequencial foram estimadas as prevalências com os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) dos indicadores de violência para o total dos adolescentes, por sexo e tipo de escola para os anos de 2009, 2012 e 2015, considerando apenas os dados das capitais brasileiras. As estimativas de tendência a cada ano foram avaliadas através de testes de regressão linear ajustados por idade, para o total de adolescentes, por sexo, tipo de escola e capital. A análise dos dados foi realizada no software STATA versão 14.0, utilizando pesos amostrais considerando a amostragem complexa do estudo. Foi considerada como tendência significativa aquelas com valor $p < 0,05$. O coeficiente linear da reta de regressão determinou a variação média anual em pontos percentuais (p.p.) das frequências ao longo do período estudado.

RESULTADOS

Este estudo incluiu 173.310 escolares que estavam frequentando o nono ano de escolas públicas e privadas nas capitais brasileiras, somando as amostras dos três inquéritos da PeNSE, sendo 60.973 em 2009, 61.145 em 2012 e 51.192 em 2015. Desses, 51,4% eram do sexo feminino, a maioria com 14 anos de idade (49,9%) e frequentando escolas públicas (75,5%) (dados não apresentados em tabela).

Houve tendência de aumento para todos os indicadores de violência. A prevalência de adolescentes que faltaram às aulas por insegurança no trajeto casa-escola aumentou de 6,4% em 2009 para 12,8% em 2015 (variação média = 1,1 p.p.), sendo que os alunos de escolas públicas apresentam as maiores prevalências (7,0% em 2009 e 15,1% em

2015) e a maior variação média (1,4 p.p.). A prevalência de adolescentes que faltaram às aulas por insegurança na escola aumentou de 5,5% em 2009 para 9,3% em 2015 (variação média = 0,7 p.p.), sendo que a variação média anual foi maior entre alunos de escolas públicas (0,9 p.p.) (Tabela 1).

Com relação ao envolvimento em brigas com arma de fogo e arma branca, também houve um aumento das prevalências. O envolvimento em brigas em que alguém usou arma de fogo passou de 4,0% em 2009 para 5,6% em 2015 (variação média = 0,3 p.p.), sendo que os alunos do sexo masculino e de escolas públicas apresentam as maiores prevalências e a maiores variações médias (0,3 e 0,4 p.p. de variação média, respectivamente). O envolvimento em brigas em que alguém usou arma branca também teve aumento, passando de 6,1% em 2009 para 8,2% em 2015 (variação média = 0,4 p.p.). Para esse indicador, assim como no indicador de briga com arma de fogo, as prevalências foram maiores para os meninos e para estudantes de escolas públicas (Tabela 1).

Foi observado aumento na prevalência de agressão física por membro da família, passando de 9,5% em 2009 a 16,2% em 2015, com variação média de 1,1 pp. Nesse caso, as prevalências são maiores nos adolescentes do sexo feminino (10% em 2009 e 17,3% em 2015; variação média = 1,2 p.p.) e em alunos de escolas públicas (9,6% em 2009 e 17,2% em 2015; variação média = 1,3 p.p.) (Tabela 1).

Na Tabela 2 são apresentadas as prevalências dos indicadores avaliados e a variação média anual, sendo que em todas as capitais as tendências observadas foram estatisticamente significativas (valor $p < 0,05$). Observou-se variação positiva dos indicadores de falta às aulas por insegurança no trajeto casa-escola e insegurança na escola em todas as capitais. Aquelas com maiores prevalências em 2015 e maiores variações médias de falta às aulas por insegurança no trajeto casa-escola foram Cuiabá (prevalência = 19,7%; variação média = 2,2 p.p.) e Salvador (prevalência = 17,9%; variação média = 1,8 p.p.). Para o indicador de falta às aulas por insegurança na escola, as capitais com maiores prevalências em 2015 e maiores variações médias foram Cuiabá (prevalência = 15,2%; variação média = 1,6 p.p.) e Manaus (prevalência = 12,5%; variação média = 1,1 p.p.) (Tabela 2).

Com relação ao envolvimento em briga em que alguém usou arma de fogo, apesar das variações médias pequenas, a maioria das capitais teve tendência de aumento estatisticamente significativo, com exceção de Vitória, Curitiba e Florianópolis, que apresentaram tendências negativas. As capitais com maiores prevalências em 2015 de envolvimento em brigas em que alguém usou arma de fogo foram Boa Vista (9,1%) e Goiânia (8,6%). Para o indicador de briga em que alguém usou arma branca, também se observou tendência de aumento na maioria das capitais, com exceção de Vitória e Curitiba, onde houve tendência negativa. As capitais com maiores prevalências de envolvimento em brigas em que alguém usou arma branca foram Manaus e Boa Vista, com prevalências na casa dos 12% em 2015. Com relação à agressão física por adulto na família, todas as capitais apresentaram tendência de aumento estatisticamente significativo. As capitais com maiores prevalências em 2015 foram Recife (17,9%) e Manaus (17,1%) e as com maiores variações médias foram Cuiabá, com 1,7 p.p., e São Paulo, com 1,6 p.p. (Tabela 2).

Tabela 1. Prevalência e intervalo de confiança de 95% em escolares do nono ano do ensino fundamental que vivenciaram situações de violência nas capitais brasileiras, segundo sexo e dependência administrativa da escola. Brasil, 2009, 2012 e 2015.

		2009	2012	2015	Variação média* p.p. (IC95%)
		% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Faltou às aulas por insegurança no trajeto casa-escola (últimos 30 dias)	Total	6,4 (6,0 – 6,8)	9,1 (8,7 – 9,4)	12,8 (12,2 – 13,5)	1,1 (1,0 – 1,2)
	Meninos	6,9 (6,4 – 7,5)	9,1 (8,6 – 9,7)	12,9 (12,2 – 13,7)	1,0 (0,9 – 1,2)
	Meninas	6,0 (5,5 – 6,5)	9,0 (8,3 – 9,7)	12,7 (12,1 – 13,4)	1,1 (1,0 – 1,3)
	Público	7,0 (6,6 – 7,5)	10,4 (9,3 – 11,5)	15,1 (14,5 – 15,8)	1,4 (1,2 – 1,5)
	Privado	4,0 (3,6 – 4,5)	5,2 (4,7 – 5,8)	6,7 (6,1 – 7,3)	0,4 (0,3 – 0,5)
Faltou às aulas por insegurança na escola (últimos 30 dias)	Total	5,5 (5,2 – 5,8)	8,0 (7,7 – 8,4)	9,3 (8,8 – 9,9)	0,7 (0,5 – 0,8)
	Meninos	6,1 (5,6 – 6,6)	8,1 (7,6 – 8,6)	9,7 (9,1 – 10,4)	0,6 (0,5 – 0,8)
	Meninas	5,0 (4,6 – 5,4)	7,9 (7,3 – 8,6)	9,0 (8,4 – 9,6)	0,7 (0,6 – 0,8)
	Público	6,2 (5,8 – 6,6)	9,4 (8,3 – 10,7)	11,3 (10,7 – 11,8)	0,9 (0,7 – 1,0)
	Privado	2,9 (2,5 – 3,4)	4,0 (3,5 – 4,5)	4,2 (3,8 – 4,8)	0,2 (0,1 – 0,3)
Se envolveu em briga em que alguém usou arma de fogo (últimos 30 dias)	Total	4,0 (3,7 – 4,3)	6,9 (6,6 – 7,3)	5,6 (5,2 – 6,0)	0,3 (0,2 – 0,4)
	Meninos	6,0 (5,5 – 6,5)	9,4 (8,8 – 10,0)	7,9 (7,3 – 8,5)	0,3 (0,2 – 0,5)
	Meninas	2,3 (2,0 – 2,5)	4,6 (4,2 – 4,9)	3,4 (2,9 – 3,8)	0,2 (0,1 – 0,3)
	Público	4,4 (4,1 – 4,7)	7,6 (7,2 – 8,0)	6,5 (5,9 – 7,0)	0,4 (0,3 – 0,5)
	Privado	2,6 (2,2 – 2,9)	5,1 (4,5 – 5,7)	3,3 (2,7 – 3,8)	0,0 (–0,1 – 0,2)
Se envolveu em briga em que alguém usou arma branca (últimos 30 dias)	Total	6,1 (5,7 – 6,4)	8,3 (7,8 – 8,7)	8,2 (7,7 – 8,7)	0,4 (0,3 – 0,4)
	Meninos	9,0 (8,4 – 9,6)	11,3 (10,6 – 12,1)	10,9 (10,2 – 11,6)	0,3 (0,2 – 0,5)
	Meninas	3,4 (3,1 – 3,7)	5,3 (4,9 – 5,8)	5,5 (4,9 – 6,0)	0,4 (0,3 – 0,4)
	Público	6,4 (6,0 – 6,8)	8,7 (8,1 – 9,3)	9,2 (8,6 – 9,8)	0,5 (0,4 – 0,6)
	Privado	4,7 (4,2 – 5,3)	7,0 (6,3 – 7,7)	5,4 (4,8 – 6,0)	0,0 (–0,1 – 0,2)
Sofreu agressão física por adulto na família (últimos 30 dias)	Total	9,5 (9,1 – 9,9)	11,6 (11,1 – 12,1)	16,2 (15,5 – 16,8)	1,1 (1,0 – 1,2)
	Meninos	9,0 (8,4 – 9,6)	10,2 (9,6 – 10,9)	15,0 (14,2 – 15,8)	1,0 (0,8 – 1,2)
	Meninas	10,0 (9,4 – 10,6)	12,9 (12,3 – 13,6)	17,3 (16,4 – 18,2)	1,2 (1,1 – 1,4)
	Público	9,6 (9,1 – 10,1)	12,2 (11,6 – 12,8)	17,2 (16,4 – 17,9)	1,3 (1,1 – 1,4)
	Privado	9,3 (8,5 – 10,1)	9,8 (9,1 – 10,5)	13,4 (12,3 – 14,5)	0,7 (0,5 – 0,9)

*Variação média em pontos percentuais a cada ano, ajustada por idade através de teste de regressão linear. Todas as variações foram estatisticamente significativas (valor $p < 0,05$); p.p.: pontos percentuais.

Tabela 2. Prevalência em adolescentes escolares do nono ano do ensino fundamental que vivenciaram situações de violência segundo as capitais brasileiras. Brasil, 2009, 2012 e 2015.

Unidade federativa de residência	Faltou às aulas por insegurança no trajeto casa-escola*				Faltou às aulas por insegurança na escola*				Briga em que alguém usou arma de fogo*				Briga em que alguém usou arma branca*				Sofreu agressão física por adulto na família*			
	2009	2012	2015	Variação média**	2009	2012	2015	Variação média**	2009	2012	2015	Variação média**	2009	2012	2015	Variação média**	2009	2012	2015	Variação média**
Porto Velho	4,4	5,9	10,4	1,0	3,4	5,6	8,3	0,8	3,4	6,5	6,7	0,5	4,1	7,2	9,0	0,8	7,2	10,0	13,0	0,9
Rio Branco	6,3	6,7	8,8	0,4	5,4	6,1	7,1	0,2	3,7	5,9	6,0	0,3	7,9	8,2	10,9	0,4	8,5	10,0	15,9	1,2
Manaus	6,1	10,6	15,6	1,6	6,2	9,1	12,5	1,1	4,7	6,8	8,2	0,6	8,4	8,9	12,2	0,7	11,0	11,6	17,1	1,0
Boa Vista	5,7	9,7	12,0	1,0	5,7	9,8	10,7	0,8	6,4	10,4	9,1	0,4	9,5	13,7	12,1	0,4	9,0	13,9	16,8	1,3
Belém	7,8	9,9	13,5	1,0	5,6	7,0	8,8	0,6	4,3	6,5	4,6	0,1	7,0	8,6	7,4	0,1	10,5	12,9	15,6	0,9
Macapá	6,6	10,2	14,6	1,3	7,3	8,9	11,7	0,7	4,8	8,0	6,0	0,2	8,5	11,7	11,2	0,4	11,6	13,1	15,7	0,7
Palmas	5,2	8,2	10,3	0,9	5,4	8,3	8,2	0,5	3,6	7,7	5,1	0,3	5,8	10,7	8,6	0,5	7,4	9,4	12,3	0,9
São Luís	7,6	9,2	16,2	1,5	5,9	7,2	11,8	1,1	3,1	5,1	6,5	0,6	6,3	7,4	9,6	0,6	8,4	9,9	16,1	1,4
Teresina	6,1	6,1	11,0	0,9	4,9	4,7	7,4	0,5	2,5	6,4	4,7	0,4	5,3	6,9	6,6	0,3	9,1	9,7	13,7	0,8
Fortaleza	7,4	10,4	15,1	1,2	5,2	6,7	10,4	0,8	3,8	6,1	5,0	0,1	5,4	6,3	6,7	0,1	9,1	12,4	15,2	1,0
Natal	5,4	10,5	15,0	1,5	3,9	7,7	6,9	0,5	3,1	5,3	4,1	0,1	5,2	7,1	6,0	0,1	9,2	11,3	13,0	0,6
João Pessoa	5,0	8,0	11,2	1,1	3,8	6,5	8,1	0,7	2,8	6,5	4,2	0,2	4,8	7,4	6,2	0,2	9,0	10,3	13,1	0,7
Recife	6,8	9,3	11,9	0,9	6,1	7,7	8,9	0,5	3,8	5,8	3,8	0,1	5,6	7,4	6,9	0,3	11,7	13,3	17,9	1,1
Maceió	7,7	7,0	13,8	1,1	4,7	5,7	8,9	0,8	2,8	5,6	4,8	0,3	4,9	6,3	7,7	0,5	8,7	9,7	15,3	1,1
Aracaju	5,3	5,4	11,0	1,1	5,2	4,9	7,4	0,4	3,3	5,5	4,9	0,3	6,2	7,0	7,9	0,3	10,1	10,1	15,3	0,9
Salvador	7,0	11,8	17,9	1,8	5,2	9,3	10,4	0,9	3,1	6,5	4,3	0,2	5,8	9,4	7,2	0,2	11,0	13,5	16,4	0,9
Belo Horizonte	6,0	6,9	8,9	0,5	5,6	6,3	8,6	0,5	4,4	6,0	5,0	0,1	5,7	7,2	8,1	0,4	9,3	9,7	14,6	0,9
Vitória	5,3	8,7	6,5	0,1	4,3	7,1	5,1	0,1	4,4	7,6	4,8	-0,1	5,5	7,8	5,4	-0,1	9,6	10,7	12,4	0,4
Rio de Janeiro	6,8	9,2	15,0	1,4	5,3	7,5	9,1	0,7	4,0	6,6	5,8	0,3	6,5	7,4	6,8	0,1	11,0	11,4	17,5	1,1
São Paulo	6,5	9,9	12,1	1,0	6,2	10,3	9,6	0,6	3,8	7,3	5,2	0,3	5,3	8,8	8,1	0,5	8,9	12,5	18,2	1,6
Curitiba	5,2	7,9	7,6	0,3	4,8	6,7	7,0	0,3	5,9	7,6	5,7	-0,2	8,3	8,0	7,9	-0,2	10,3	11,0	12,9	0,4
Florianópolis	4,3	6,7	6,5	0,3	3,6	5,9	4,8	0,2	4,3	7,6	4,3	-0,1	5,1	6,8	6,1	0,1	6,6	10,3	9,3	0,4
Porto Alegre	5,2	7,9	13,1	0,9	4,1	5,8	9,9	0,6	4,9	6,3	6,4	0,1	5,5	8,2	9,3	0,4	8,3	9,8	12,2	0,5
Campo Grande	4,5	8,0	7,5	0,4	4,3	6,9	7,2	0,4	5,1	9,3	6,8	0,2	7,0	10,6	9,7	0,3	8,2	10,3	13,4	0,9
Cuiabá	7,0	10,5	19,7	2,2	6,4	8,8	15,2	1,6	5,7	7,8	7,4	0,4	7,0	9,0	9,5	0,5	8,1	10,4	18,2	1,7
Goiânia	6,6	7,9	12,8	1,0	5,2	7,4	9,0	0,6	4,6	8,6	8,6	0,6	7,7	9,9	11,0	0,4	9,1	10,5	14,4	0,8
Distrito Federal	5,3	6,9	11,9	1,1	4,5	5,8	8,0	0,6	4,0	7,9	6,7	0,4	5,4	8,2	8,5	0,5	8,4	10,7	14,6	1,1

*Últimos 30 dias; **variação média em pontos percentuais a cada ano, ajustada por idade, através de teste de regressão linear. Todas as variações foram estatisticamente significativas (valor $p < 0,05$).

DISCUSSÃO

O estudo atual mostra tendência temporal da PeNSE de 2009 a 2015, apontando o aumento das prevalências de violências vividas pelos adolescentes em todos os indicadores estudados no período nas capitais brasileiras.

A violência é um fenômeno complexo, multicausal, apresentando forte associação com desigualdades econômicas e sociais⁵. Domenach¹² destaca a ideia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas também é construída no interior das consciências e das subjetividades, não podendo ser compreendida apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. O avanço civilizatório da sociedade pode ser medido pela forma com que a mesma repudia o emprego da força física, moral ou política a favor do domínio e da subjugação do outro^{12,13}.

Adicionalmente, é bem estabelecida na literatura a associação entre o comportamento agressivo de jovens e o aumento do risco da vitimização e envolvimento em comportamentos de risco em saúde^{3,6}, principalmente consumo de álcool e drogas ilícitas³.

Assim, monitorar as situações de violência vivenciadas por adolescentes é uma importante ação de saúde pública. A PeNSE possibilitou verificar o crescimento de todas as formas de violência pesquisadas, o que constitui uma evidência importante que aponta para a necessidade de políticas de redução das desigualdades sociais e promoção da saúde dos adolescentes, principalmente no país em que as agressões lideram as causas de morte entre adolescentes⁴.

O aumento da prevalência de adolescentes vítimas de violências demonstra a vulnerabilidade desse grupo, que depende de cuidados contínuos e políticas públicas para seu desenvolvimento saudável¹⁴. Sendo assim, a violação de seus direitos afeta direta ou indiretamente a saúde física e mental, além de ter impacto em seu desempenho educacional, sobre a família e os amigos^{6,15,16}. No Brasil, dados do estudo Carga Global de Doença 2015¹⁷ apontam estabilidade nas taxas de mortalidade por homicídio no país, entre 1990 e 2015, embora apontem que as taxas mais elevadas ocorram entre jovens de 15 a 19 anos, seguidos dos de 20 a 24 anos. Portanto, os dados da PeNSE podem sinalizar piora nos indicadores de violências entre adolescentes e jovens.

Os dados das três edições da PeNSE mostraram que os eventos de violência foram mais prevalentes nas escolas públicas e entre estudantes do sexo masculino, exceto para a agressão física por familiar, em que a prevalência foi maior para o sexo feminino.

A literatura corrobora o fato das violências atingirem mais frequentemente o sexo masculino, seja como autores ou vítimas^{6,14,18}, o que tem relação com a construção social da masculinidade vinculada a atitudes de violência, força, agressividade e machismo^{19,20}. Nesse sentido, os homicídios, face mais perversa e extrema da violência, configuram-se como a principal causa de morte de indivíduos de 15 a 29 anos, englobando principalmente jovens negros do sexo masculino, moradores das periferias e áreas metropolitanas dos centros urbanos²¹.

Com relação às escolas públicas, pode-se afirmar que esse estrato representa uma aproximação da condição econômica. Assim, a maior prevalência de situações de violência nessas escolas revela as desigualdades de moradia, saúde, educação, cultura e lazer²². De fato,

as situações de pobreza, desigualdade econômica e desemprego de um ou ambos os genitores são fatores de risco para o envolvimento com as violências^{5,6}.

As prevalências da percepção de insegurança no trajeto para a escola, ou na própria escola, dobraram em magnitude, considerando 2009 e 2015, apontando o avanço da violência percebida nesse deslocamento e na instituição.

O aumento da insegurança no trajeto casa-escola é consequência da ausência do Estado em produzir segurança, transporte público e infraestrutura urbana, principalmente nas localidades onde há maior pobreza, desigualdade e conflitos sociais.

Por sua vez, a percepção de insegurança na escola também é reflexo das situações de violência vivenciadas em seu entorno³, o que ocorre mais frequentemente nas escolas públicas. As situações de violência vivenciadas na escola comprometem os objetivos de socialização, formação e proteção desse espaço²³.

Esses indicadores têm sido utilizados em pesquisas em diversos países para o monitoramento da violência na escola e entorno²⁴. A pesquisa *National Youth Risk Behavior Survey*²⁵, realizada nos Estados Unidos com estudantes do ensino médio, mostrou prevalência bem menor em comparação com o encontrado na PeNSE em 2015, revelando que 5,9% dos alunos deixaram de ir à escola nos 30 dias anteriores à pesquisa por insegurança na escola ou no trajeto para a escola²⁵.

Um estudo conduzido em três municípios do Maranhão, no Brasil, encontrou que 22,4% dos alunos e 20,8% dos professores declararam que a escola era um local inseguro, em função da atuação das gangues, da violência nas proximidades da escola, nos pontos de ônibus, no trajeto de casa para a escola e na escola²⁶. A prevalência da insegurança vivenciada por estudantes nas escolas desse estado foi quase o dobro do observado na PeNSE em 2015.

O envolvimento de escolares em comportamentos de violência, especialmente do tipo física, é amplamente discutido na literatura, apresentando prevalências bem variadas entre os países e os diferentes recortes de idade utilizados. O *Health Behaviour in School-Aged Children*²⁷, realizado entre adolescentes de países da Europa, América do Norte, Israel e outros, em 2009 e 2010, apontou que 13% dos estudantes aos 13 anos e 10% daqueles com 15 anos de idade estiveram envolvidos em briga com luta física nos 12 meses anteriores à pesquisa. Ademais, essa situação foi mais frequente em meninos (25%) do que entre as meninas (7%).

O *National Study on Drug Use and Health* (NSDUH), um inquérito de base populacional dos Estados Unidos com representatividade nacional e em nível de estados, com adolescentes entre 12 e 17 anos, apontou que na análise de tendência entre 2002 e 2014 houve diminuição do envolvimento em brigas e violências, caindo do máximo de 33,6% em 2003 para o mínimo de 23,7% em 2014¹⁴.

No âmbito do GSHS, os dados das Filipinas apontaram uma diminuição da prevalência de brigas físicas comparando os anos de 2003 e 2011 em adolescentes do sexo masculino, passando de 51,6 para 42,8%; e em adolescentes do sexo feminino, passando de 48,8 para 30,6%²⁸.

O uso de arma de fogo ou arma branca em brigas agrava os ferimentos e a morbimortalidade entre jovens²⁵. O envolvimento de escolares brasileiros em brigas em que alguém usou arma branca aumentou nas edições da PeNSE. Já o envolvimento de escolares brasileiros

em brigas em que alguém usou arma de fogo aumentou na comparação entre 2009 e 2015 da PeNSE.

Uma pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos encontrou que 16,6% dos escolares norte-americanos levaram arma branca para a escola nos últimos 30 dias, enquanto 5,1% levaram arma de fogo²⁵. Apesar dessas variáveis não corresponderem àquelas monitoradas pela PeNSE, elas apresentam uma exposição ao risco para o uso dessas armas nas escolas, especialmente em situações de conflito.

Outros pesquisadores apontam que nos Estados Unidos, aproximadamente 1 em cada 4 (23%) estudantes do ensino médio se envolve anualmente em sérios conflitos e cerca de 1 em cada 6 (16%) reporta o porte de arma no mínimo uma vez ao mês¹⁴.

O envolvimento em brigas com uso da arma de fogo e arma branca, em todos os anos da PeNSE, foi, no mínimo, duas vezes maior para os adolescentes do sexo masculino em comparação com o feminino. Esse fato revela as diferenças socioculturais em relação aos papéis de gênero, em que as armas são utilizadas para materializar o poder e a submissão dos outros, no exercício da masculinidade hegemônica, relacionada à virilidade, competição e agressividade²⁹.

A violência familiar apresentou a maior prevalência em comparação com os outros indicadores, em todos os anos da PeNSE. Destaca-se a maior ocorrência de violência familiar contra meninas, o que é consistente com a literatura e reflete a cultura patriarcal e de dominação de gênero^{3,30}. Pelo seu caráter íntimo e vinculado às relações de poder dentro da família, tem grande potencial de ter caráter repetitivo, podendo resultar em alterações no desenvolvimento físico, psicológico e social^{31,32}.

Em 2015 foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 30.989 casos de violência contra adolescentes do sexo feminino de 13 a 19 anos⁴. A análise do perfil das notificações de violência contra esse grupo mostrou que as agressões físicas foram mais prevalentes (44,5%), sendo que 54,7% dos casos ocorreram na residência e os principais agressores foram cônjuge/ex-cônjuge/namorado/ex-namorado (22,7%), seguidos de pai/padrasto/mãe/madrasta (20,8%)⁴.

Dentre os limites do presente estudo, destaca-se que a PeNSE consiste em estudo transversal, e a amostra refere-se aos escolares, podendo não representar o universo de adolescentes, em especial aqueles fora da escola, que podem ter problemas com violências ainda mais frequentes. A comparação de tendências ocorreu por meio de estudos transversais distintos, não sendo acompanhada a evolução entre os mesmos indivíduos, como em estudos longitudinais. No entanto, estudos transversais são indicados na literatura para monitoramento de tendências³³ e a PeNSE cumpriu esse papel.

CONCLUSÃO

O estudo de tendência temporal apontou o aumento das prevalências de violências vividas pelos adolescentes em todos os indicadores estudados no período de 2009 a 2015 nas capitais brasileiras.

Os grupos mais vulneráveis foram os escolares das escolas públicas, os adolescentes do sexo masculino no caso do envolvimento em brigas com arma branca ou de fogo e adolescentes do sexo feminino no caso de agressão física por familiar. Nos locais onde os escolares permanecem a maior parte do tempo e onde deveriam estar seguros e ter seu desenvolvimento saudável promovido, como na residência e na escola, a vitimização ocorre de forma significativa e por vezes predominante. Futuras análises considerando as características de raça/cor entre os escolares poderão identificar grupos com risco mais elevado para vitimização.

A PeNSE contribuiu para o monitoramento das situações de violência vivenciadas por escolares brasileiros, o que é fundamental para o planejamento e a avaliação de políticas que contribuam para o desenho de políticas públicas de prevenção de violência, da promoção da saúde e da cultura de paz.

REFERÊNCIAS

1. Assis SG. A adolescente e a violência. In: Taquette SR, Ed. *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.
2. Clark T, Fleming T, Bullen P, Crengle S, Denny S, Dyson B, et al. Health and well-being of secondary school students in New Zealand: Trends between 2001, 2007 and 2012. *J Paediatrics Child Health*. 2013; 49(11): 925-34. <https://doi.org/10.1111/jpc.12427>
3. Andrade SSCDA, Yokota RTDC, Bandeira de Sá NN, Silva MMAD, Araújo WND, Mascarenhas MDM, et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(9): 1725-36. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900011>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Violência contra a mulher: o desafio de articulação da vigilância com a rede de atenção e proteção*. In: Brasil. Ministério 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*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
5. Organização Mundial de Saúde. *World report on violence and health*. Genebra: WHO; 2002.
6. Organização Mundial da Saúde. *Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências*. Genebra: OMS; 2015.
7. Souza ER, Peres MFT, Constantino P, Boghossian CO, Ruotti C, Freitas TV, et al. *Jovens em risco social: avaliação de programas de prevenção à violência armada*. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz / São Paulo: Editora Hucitec; 2013. 166 p.
8. Phebo L. *Vigilância em saúde e a violência contra adolescentes*. In: Taquette SR, Ed. *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2007.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
12. Domenach JM. *La violencia*. In: *Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ed. La violencia y sus causas*. Paris: UNESCO; 1981. p. 33-45.
13. Minayo MCS. *Violência e educação: impactos e tendências*. *Rev Pedagógica*. 2013; 15(31): 249-64. <http://dx.doi.org/10.22196/rp.v15i31.2338>

14. Salas-Wright CP, Nelson EJ, Vaughn MG, Reingle Gonzalez JM, Córdoba D. Trends in Fighting and Violence Among Adolescents in the United States, 2002–2014. *Am J Public Health*. 2017; 107(6): 977-82. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.303743>
15. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(Supl. 1): S177-87. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500013>
16. Souza ER, Mello Jorge MHP. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 23-28.
17. Malta DC, Minayo MCS, Soares Filho AM, Silva MMA, Montenegro MMS, Ladeira RM, et al. 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* [Internet]. 2017 [citado em 13 dez. 2017]; 20(Supl. 1): 142-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000500142&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700050012>
18. Organização Mundial de Saúde. *World report on child injury prevention*. Genebra: OMS; 2008.
19. Guimarães NM, Pasian SR. Agressividade na adolescência: experiência e expressão da raiva. *Psicol Estud*. 2006; 11(1): 89-97. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000100011>
20. García M, Madriaza P. Estudio cualitativo de los determinantes de la violencia escolar en Chile. *Estud Psicol*. 2006; 11(3): 247-56. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300001>
21. Souto RMCV, Barufaldi LA, Nico LS, Freitas MG. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017; 22(9): 2811-23. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017229.13342017>
22. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 2): 3053-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000800010>
23. Castro ML, Cunha SS, Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6): 1054-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000072>
24. Granero R, Poni ES, Escobar-Poni BC, Escobar J. Trends of violence among 7th, 8th and 9th grade students in the state of Lara, Venezuela: The Global School Health Survey 2004 and 2008. *Arch Public Health*. 2011; 69(1): 7. <https://dx.doi.org/10.1186%2F0778-7367-69-7>
25. Centers for Disease Control and Prevention. *National Youth Risk Behavior Survey (YRBS)*. Atlanta: CDC [Internet]. [citado em 28 set. 2017] Disponível em: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/yrbs/index.htm>
26. Macedo RMA, Bomfim MCA. Violências na escola. *Rev Diálogo Educ*. 2009; 9(28): 605-18. <http://dx.doi.org/10.7213/rde.v9i28.3343>
27. Organização Mundial de Saúde. *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study. International report from the 2009/2010 survey*. Genebra: OMS; 2012.
28. Peltzer K, Pengpid S. Health risk behaviour among in-school adolescents in the Philippines: Trends between 2003, 2007 and 2011, a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2015; 13(1): 73-84. <https://doi.org/10.3390/ijerph13010073>
29. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10: 59-70. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100012>
30. Minayo MC. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100005>
31. Stoddard SA, Henly SJ, Sieving RE, Bolland J. Social connections, trajectories of hopelessness and serious violence in impoverished urban youth. *J Youth Adolesc*. 2011; 40(3): 278-95. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9580-z>
32. 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; Seção 1: 13563.
33. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolution of tobacco use indicators according to telephone surveys, 2006-2014. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado em 13 dez. 2017]; 33(Supl. 3): e00134915. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001505008&lng=en <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00134915>

Recebido em: 20/10/2017

Versão final apresentada em: 01/02/2018

Aprovado em: 15/02/2018

