

Perfil das vítimas de ferimento por arma de fogo em um município do estado do Rio de Janeiro

Victims' profile by firearm related injuries in the municipality of the state of Rio de Janeiro

Graciele Oroski Paes*

Simone Mendes Carvalho**

Celso Alexandre Tavares Rodrigues***

Joyce Maria dos Santos de Faria****

362

Resumo

Estudo de abordagem quantitativa do tipo survey descritivo/exploratório com recorte retrospectivo entre 2011 e 2012. Teve como objetivo geral investigar o perfil das vítimas dos ferimentos por arma de fogo sob a égide social em uma cidade do município do Rio de Janeiro entendendo que a violência urbana perpassa por variadas dimensões de análise dentre elas a social, política e cultural. As fontes de consulta constaram dos talões registro das ocorrências realizadas pelo vigésimo quinto batalhão de polícia militar do estado do Rio de Janeiro – 25º bpm, situado no município de Cabo Frio (RJ). Foram encontradas 305 notificações de vítimas por PAF em ambos os anos pesquisados, sendo 96% das vítimas identificadas quanto a gênero e faixa etária, sendo 55% das vítimas entre 15-30 anos. Os bairros em que ocorreram maior número de eventos eram constituídos na sua maioria de comunidades compostas por indivíduos de baixos níveis econômicos e sociais. A contribuição do estudo está ancorada em ações preventivas de orientação à população local, bem como à elaboração de políticas públicas de segurança e de sensibilização para participação comunitária no combate e minimização dos índices colaborativos da violência urbana local.

Palavras-chave: Violência. Promoção da Saúde. Saúde Pública.

Abstract

Study of quantitative approach of descriptive/exploratory survey type with retrospective study between 2011 and 2012. The general objective was to investigate the victim's profile related to firearm injury under the social aegis in a town of the Rio de Janeiro City, understanding that the urban violence crosses across several analysis dimensions among them: the social, the political and the cultural. The consultation sources came from occurrence forms taken by the twenty fifth battalion of the Rio de Janeiro state military police– known as 25th BPM, located in Cabo Frio (RJ) Municipality. There were found 305 notifications of victims of PAF in both of years researched, which 96% of the victims were identified by gender and age-group, and another 55% of the victims were between fifteen and thirty years old. The neighborhoods that occurred the largest amount of events were comprised for the most part from communities composed of low economic-social levels of individuals. The study contribution is anchored in orientation to preventive actions to the local population as well as to the elaboration of security public policies and awareness for the participation to combat and minimize the collaborative indexes of the local urban violence.

Keywords: Violence. Health Promotion. Public Health.

DOI: 10.15343/0104-7809.20153903362369

* Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Rio de Janeiro/ RJ, Brasil. Email: gracieleoroski@gmail.com

** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro/ RJ, Brasil.

*** Cia do Batalhão de Polícia Rodoviária Coronel PM Marcos Fazio. Rio de Janeiro/ RJ, Brasil.

**** Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Rio de Janeiro/ RJ, Brasil. E-mail: joycefaria@hotmail.com

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

A violência urbana perpassa por variadas dimensões de análise, dentre as mais consideradas estão: a segurança pública, a realidade sociocultural e educacional da população. Para tanto, as discussões que permeiam os esforços para a redução desse dano são transversais às políticas em saúde coletiva, reestruturação ambiental e distribuição equânime de renda.

Atualmente, as situações caracterizadas como causas externas são reconhecidas como um importante problema de saúde pública, integrando a agenda de prioridades em saúde no âmbito preventivo e de ressocialização. A inclusão da violência na pauta do setor saúde, vem crescendo nos últimos anos, visto que juntamente com os acidentes traumáticos, constituem a terceira causa de mortalidade geral no país e a sexta maior causa de internação hospitalar¹.

Dentre as conceituações emergidas nesse setor, destaca-se o desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (2002), que define violência como o uso de 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 qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. A violência apresenta-se de forma mais dramática nas áreas metropolitanas, atingindo especialmente as populações com piores condições de vida e jovens das periferias urbanas².

Um estudo do Ministério da Saúde sobre a mortalidade por causas externas, por acidentes e violências, mostrou que as agressões (homicídios) foram responsáveis por 36,8% das mortes, sendo a primeira causa nos grupos de idade entre 15 e 39. Quanto ao risco de morte por homicídios entre homens no Brasil, esse é equivalente a 11,5 vezes maior do que entre as mulheres, com predomínio de homicídios com arma de fogo (19,1 óbitos por 100 mil habitantes)³.

Considerando a gravidade desse cenário na saúde pública, esse estudo teve como objetivo investigar as formas de apreensão da violência urbana através do perfil das vítimas de PAF de uma região específica, sua distribuição

temporal/espacial e suas repercussões sociais, econômicas, com destaque para o impacto nas questões de saúde pública. Especificamente teve como propósito: levantar os dados referentes ao perfil das vítimas por arma de fogo no município de Cabo Frio no Estado do Rio de Janeiro (RJ), nos últimos 2 (dois) anos completos (2011 e 2012) e analisá-los a luz dos referenciais e constructos teóricos emergentes.

A cidade de Cabo Frio é um município localizado na Região do Lagos, litoral do Estado do Rio de Janeiro e apresenta uma população de aproximadamente 186 mil habitantes⁴. A seleção desse município justificou-se por ser uma cidade litorânea com demasiado foco turístico, movimentando as conjunturas culturais, econômicas e sociais locais.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo survey descritivo/exploratório do tipo retrospectivo com abordagem quantitativa. A coleta de informação ocorreu no 25º Batalhão da Polícia Militar (BPM) do Estado do Rio de Janeiro, localizado no município de Cabo Frio, local em que se encontram arquivados os registros de ocorrência de toda a região dos lagos. Foram consideradas na codificação dos dados todas as vítimas de PAF notificadas nos TRO (Talões de Registros de Ocorrência), não havendo exclusão, nos anos de 2011 e 2012.

Estudos survey descritivos/exploratórios coletam descrições detalhadas de variáveis existentes e usam dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes ou fazer planos mais inteligentes para melhorar as práticas de atenção à saúde⁵.

Foram coletadas descrições detalhadas de variáveis independentes como: gênero, faixa etária, localização anatômica, número de perfurações, bairros onde ocorreram os disparos do PAF (localização geográfica) e o tipo de ocorrência (motivo).

Os Talões de Registros de Ocorrência (TRO) foram a fonte primária para a obtenção dos dados. Os resultados foram tabulados e organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft

Excel®) e analisados utilizando o método de estatística descritiva, de frequência simples e percentual. A busca dos dados foi realizada após autorização formalizada do Comandante do 25º Batalhão de Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, atendendo aos preceitos éticos e legais previstos na ausência de um comitê de ética e pesquisa na instituição.

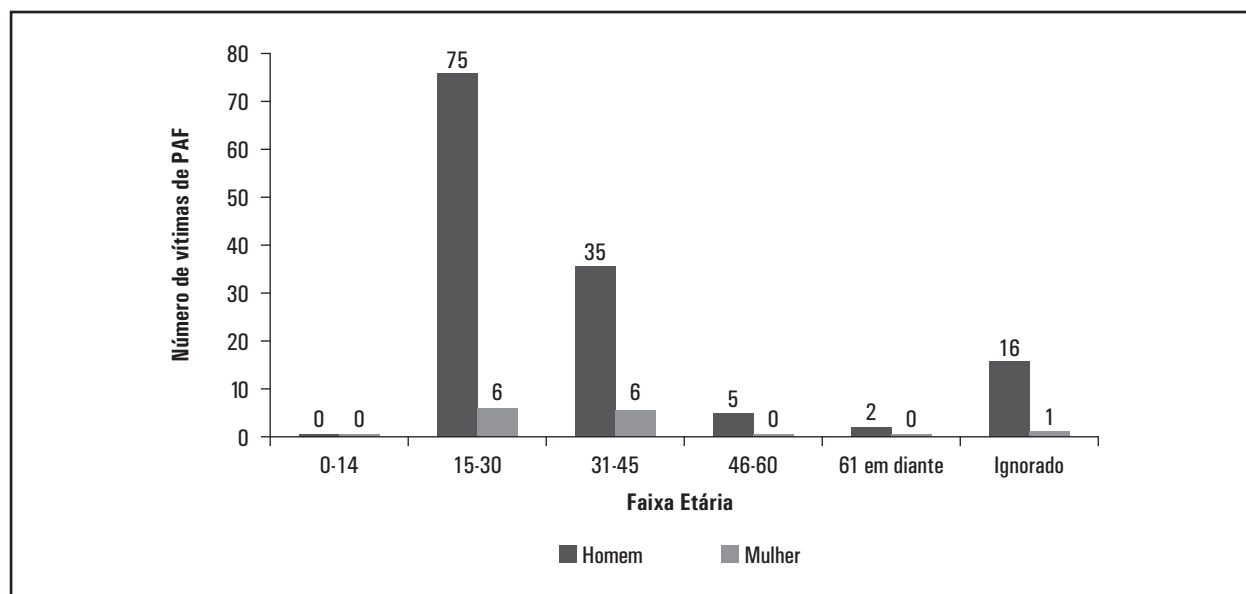
RESULTADOS

Registram-se números de 67 (sessenta e sete) vítimas, sendo 58 homens (o equivalente a 86%) nos meses de maior demanda no setor turismo, contra 91 (noventa e um) vítimas, sendo 81 homens (aproximadamente 87%) nos meses de baixa temporada. Assim, houve uma variação de 27% para menos nos meses de alta temporada. Vale ressaltar que 55% das vítimas encontravam-se na faixa etária entre 15-30 anos. Os bairros onde ocorreram maior número de notificações são os mais carentes da cidade. Em ambos os

anos o tipo de ocorrência (motivo) mais comum foi o homicídio e as vítimas foram atingidas predominantemente (45% das vezes) na região da cabeça e pescoço.

A Figura 1, enfoca a divisão de gênero e faixa etária em todo o ano de 2010, considerando as vítimas identificadas, que somam 146. Configura-se que o número de mulheres atingidas por arma de fogo é cerca de dez vezes menor do que homens, em termos percentuais o sexo masculino representa 91% das vítimas. A faixa etária de destaque é a fase adulta jovem e idade madura, com 55% e 28% respectivamente das vítimas. Destaca-se também que não houve vítimas de 0-14 anos em ambos os sexos e as mulheres foram atingidas restritamente entre 15 a 45 anos no ano de 2011. É notório que a partir do grupo de 46 anos as vítimas representam somente 5% do total, evidenciando uma relação inversamente proporcional entre faixa etária avançada e a vulnerabilidade em ser atingido por um projétil.

Figura 1. Número de vítimas de PAF segundo gênero e faixa etária. 2011 (Cabo Frio-RJ)



Fonte: TRO 25º BPM RJ Cabo Frio – RJ

Considerando os dados obtidos na Figura 2, percebe-se que o número de homens é aproximadamente onze vezes maior do que o número de mulheres afetadas pelo PAF. A faixa de idade que compreende de 15-45 anos, representa 78% e os dois grupos a seguir juntos têm quase

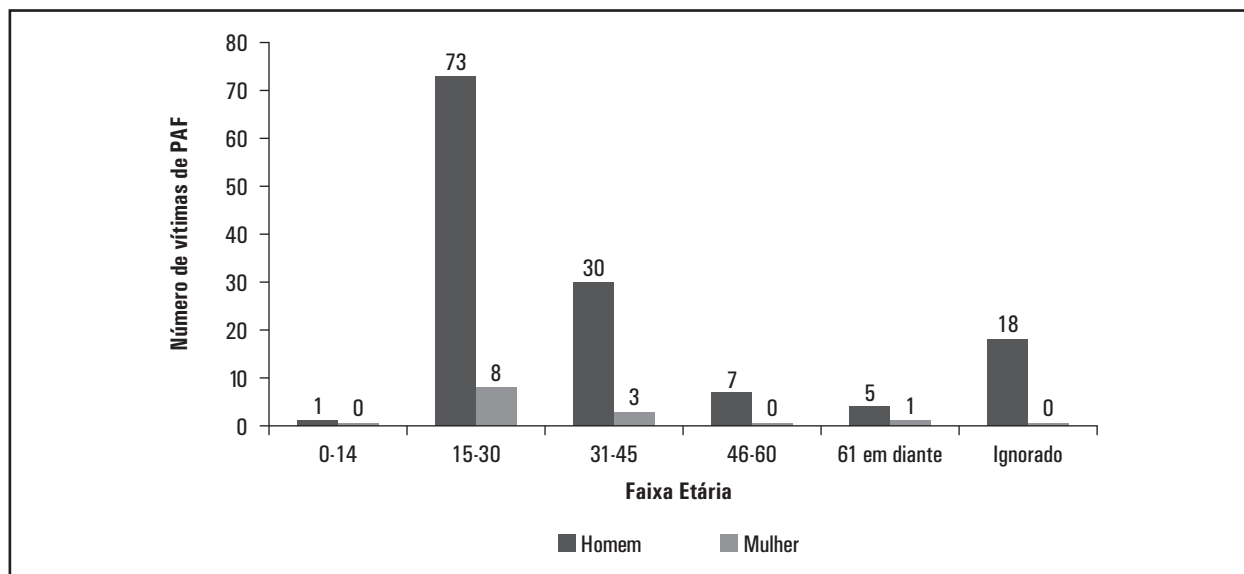
9% do total apresentado. Salientamos que há uma única vítima com até 14 anos em todo o universo pesquisado.

Comparando com o ano de 2011, que comporta o mesmo número total de vítimas identificadas, 146, não há diferença significativa por

gênero, mas de todas as 25 mulheres vítimas de PAF nos dois anos (13 em 2011 e 12 em 2012), somente uma tinha mais de 46 anos. Em relação à comparação dos dois anos com a faixa etária

não há grande diferença entre 15-45 anos, pois esse grupo continua sendo o mais afetado. No que tange dos 46 anos em diante é evidente o crescimento, de 5% em 2011 para 9% no ano de 2012.

Figura 2. Número de vítimas de PAF segundo gênero e faixa etária. 2012 (Cabo Frio-RJ)



Fonte: TRO 25° BPM RJ Cabo Frio – RJ

A Figura 3, revela a comparação entre os dois anos pesquisados. Nesta, foram consideradas todas as vítimas, identificadas ou não. No primeiro trimestre de 2012 foram constatadas 46 vítimas, contra 43 no mesmo período do ano seguinte, portanto a diferença foi de 3 vítimas. Essa diferença é contínua até o quarto trimestre dos anos relacionados.

Do primeiro ao segundo trimestre, os números aparecem sem muita variação, entretanto o segundo trimestre foi o mês com maior número de acidentes por PAF nos dois anos. Do segundo trimestre ao terceiro, houve uma expressiva queda de 36% no número de vítimas, tendo o terceiro trimestre de 2012 o menor número de vítimas. Os dados apresentam uma diferença no quarto trimestre, em que no ano de 2011 continua um leve decréscimo, atingindo a mesma marca do terceiro trimestre 2012 (28 vítimas) e o ano de 2012 houve um crescimento de 26% no número de pessoas atingidas por PAF.

Ao confrontar os trimestres do ano de 2011 e 2012, com o gênero percebemos que no primeiro trimestre de 2011 (Figura 1), havia mais

mulheres atingidas do que no mesmo período de 2012 (Figura 3), contudo os três primeiros meses de ambos os anos apresentaram o maior número de mulheres vitimadas.

Nos anos pesquisados, o mês de fevereiro, foi o que menos apresentou casos de PAF no primeiro trimestre e sempre foi seguido por um grande aumento no número de vítimas no mês de março. Na verdade, o mês de fevereiro de 2012, foi o que menos teve casos de vítimas identificadas em relação a todos os outros meses do mesmo ano, enquanto no ano de 2011, dezembro, mês de grandes festas como o natal e a passagem de ano, foi o mês que menos apresentou pessoas alvejadas por PAF.

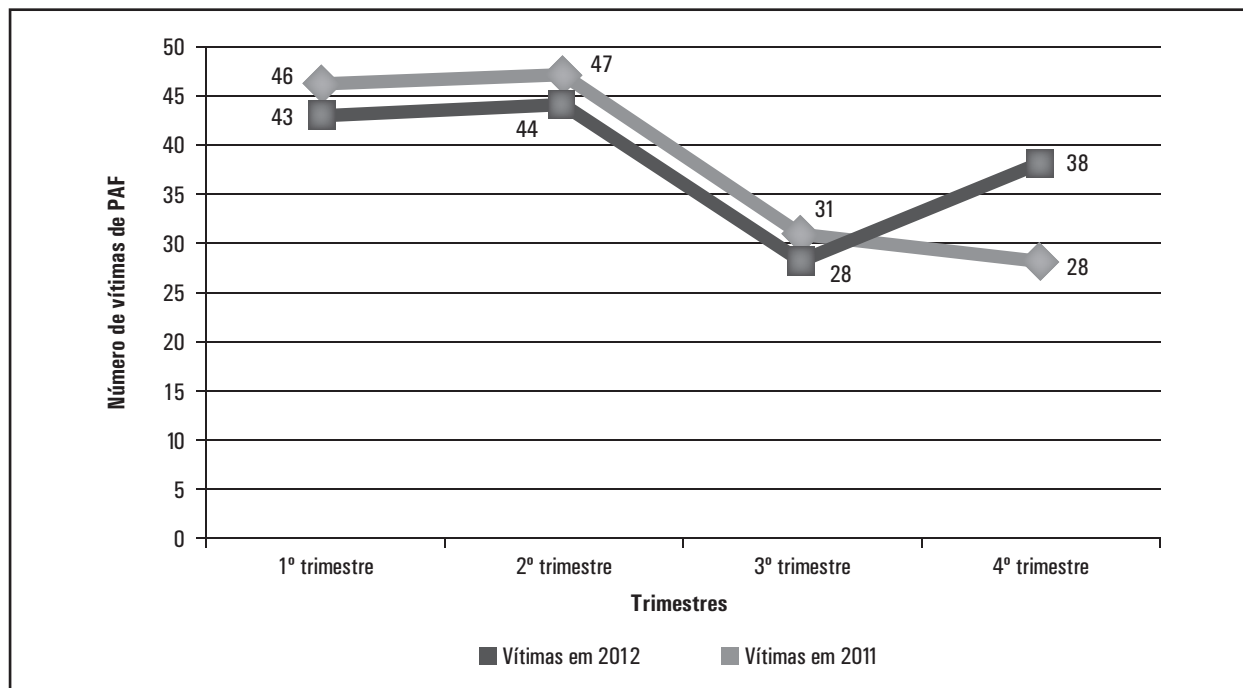
Ao analisarmos os meses do ano, segundo números de vítimas identificadas constatamos que no ano de 2011 os meses de janeiro, março e abril, foram os que mais tiveram vítimas, com 17, 17 e 21 respectivamente. Juntos, somam 38% dos casos em todo o ano.

Passando para o ano de 2012, notamos que março e novembro, apresentaram os números de vítimas identificadas mais elevados de todo

o determinado ano, foram eles 20 e 17. Destacamos que março aparece nos dois anos inves-

tigados como sendo um dos meses que mais ocorreu vítimas identificadas por PAF.

Figura 3. Número de vítimas de PAF por trimestres de 2011 e 2012



Fonte: TRO 25º BPM RJ Cabo Frio – RJ

A Figura 4 retrata todas as vítimas de PAF no Município de Cabo Frio nos dois últimos anos completos. Visualizamos então que os dois anos têm, precisamente, o mesmo número de vítimas identificadas. Desse modo, em um total de 292 pessoas vitimadas por PAF, 50% se encontram em 2011 e 50% no ano de 2012. Quando somamos todas as vítimas dos anos trabalhados, sem exceção, obtemos 305 pessoas, às quais 152 são de 2011 e 153 de 2012. Houve, portanto, apenas uma vítima a mais em 2012, o que representa um aumento insignificante de 0,6%. As vítimas não identificadas somam 4% do total em ambos os anos, ou seja, sabemos quem são 96% das vítimas de PAF dos anos de 2011 e 2012.

A Figura 4, retrata todas as vítimas de PAF no Município de Cabo Frio nos dois últimos anos completos. Visualizamos então que os dois anos têm, precisamente, o mesmo número de vítimas identificadas. Desse modo em um total de 292 pessoas vitimadas por PAF, 50% se encontram em 2011 e 50% no ano de 2012. Quando soma-

mos todas as vítimas dos anos trabalhados, sem exceção, obtemos 305 pessoas, às quais 152 são de 2011 e 153 de 2012. Houve portanto apenas uma vítima a mais em 2012, o que representa um aumento inexpressivo de 0,6%. As vítimas não identificadas somam 4% do total em ambos os anos, ou seja, sabe-se quem são 96% das vítimas de PAF dos anos de 2011 e 2012.

DISCUSSÃO

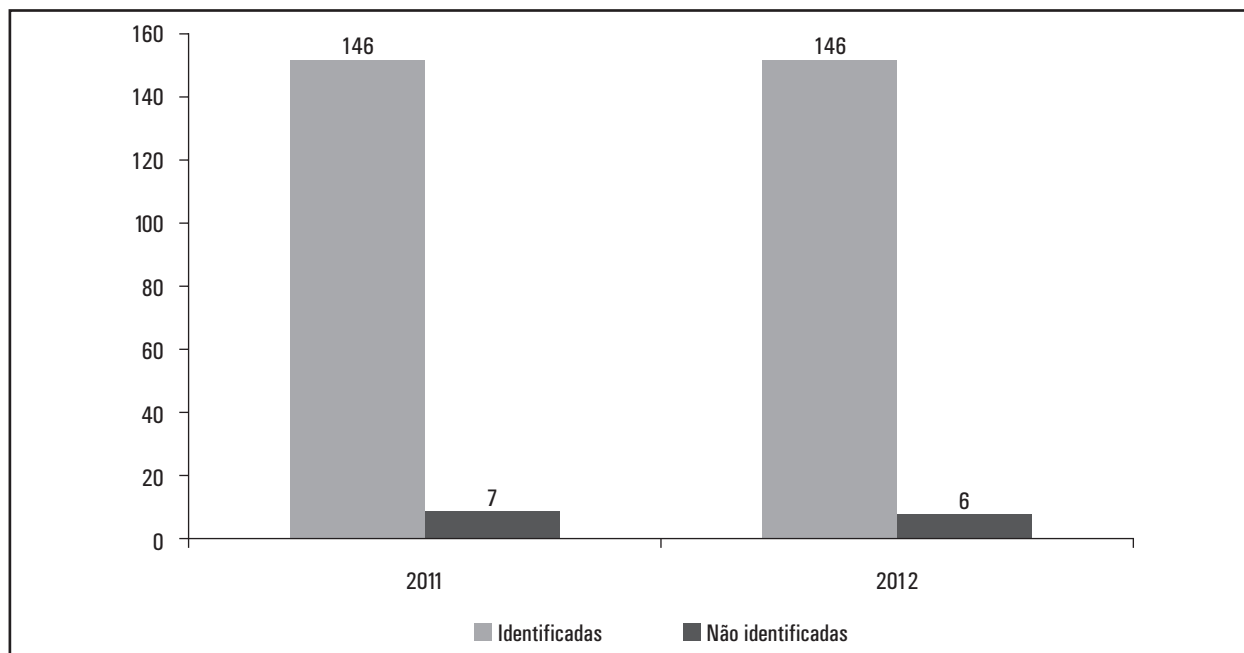
O Ministério da Saúde conceitua violência sendo um fenômeno representado por ações humanas, realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais ao próximo⁶.

O perfil das vítimas de PAF desse estudo são jovens adultos, do sexo masculino pertencente aos bairros carentes do município. Esses são vulneráveis socialmente na medida em que estão expostos a variações nas condições sociais, tais como pobreza, escolaridade, renda e emprego,

que refletem no aumento das desigualdades, afetando-os diretamente. Acabam, portanto, atingidos pelo processo de globalização, o qual gera incertezas e riscos de um futuro cada vez

mais imprevisível. Entre os aspectos preocupantes relacionados à saúde dos jovens estão a violência, o uso de drogas lícitas e ilícitas, as DST/AIDS, a gravidez precoce ou “indesejada”.

Figura 4. Número de vítimas de PAF nos anos de 2011-2012.



Fonte: TRO 25° BPM RJ Cabo Frio – RJ

Segundo o Relatório Mundial da OMS (2002) que categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas:

- Violência dirigida contra si mesmo (auto-infligida);
- Violência interpessoal;
- Violência coletiva.

Por violências auto infligidas, entende-se os comportamentos suicidas e os autoabusos. No primeiro caso a tipologia contempla suicídio, idealização suicida e tentativas de suicídio. O conceito de autoabusos nomeia as agressões a si próprio e as automutilações.⁷

As violências interpessoais são classificadas em dois âmbitos: o intrafamiliar e o comunitário.⁷

A classificação criada pelo Relatório da OMS (2002), acrescenta-se um tipo de violência que aqui se denomina estrutural. Essa categoria, se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e permanece a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, de etnia e mantêm o domínio dominador sobre

crianças e adolescentes. Difícil de ser quantificado, aparentemente, sem sujeitos, a violência estrutural se perpetua nos processos históricos, se repete e se naturaliza na cultura e é responsável por privilégios e formas de dominação. A maioria dos tipos de violência citados anteriormente, tem sua base na violência estrutural.⁷

Vive-se em um mundo globalizado e os efeitos dessa globalização são cada vez mais eminentes, visto que diariamente temos notícias sobre o aquecimento global e a ameaça de crise mundial e econômica, com desigualdades crescentes. A economia vigente é extremamente competitiva e apenas os mais favorecidos economicamente são beneficiados, enquanto os mais pobres se agregam como subalternos. Logo, temos uma minoria privilegiada e uma imensa maioria excluída da sociedade dita “mundializada” e “globalizada”. Portanto, um produto dessa atual sociedade é a exclusão social que resulta na fome crônica, no aumento das doenças, no desemprego, na violência, opressão e guerra.⁸

Soares⁹, refere que essa nova situação é uma realidade em que os jovens são excluídos do “ser social” e reféns de um mundo globalizado com “desajustes sociais”, consequências sociais do ajuste neoliberal, o qual provocou o surgimento de “novas” condições de exclusão social de setores sociais antes incluídos. A noção de desajuste também se dá pelo caráter estrutural das mudanças provocadas.

A polarização de classes faz parte desta realidade e representa um abismo crescente entre ricos e pobres, pois enquanto a concentração de renda favorece os mais ricos, há uma imensa maioria de pobres e miseráveis que não conseguem meios para sobreviver.

Kliksberg⁸ faz uma reflexão interessante quando menciona que há diferenças entre viver na área rural e urbana, entre ser da classe média alta e ser da classe de “novo pobre”, branco, negro ou índio, incluindo até mesmo as relações de gênero. Nesse sentido, o autor enfatiza a importância de se analisar e questionar os diversos destinos desse jovem os quais fazem surgir diferentes riscos, vulnerabilidades e oportunidades influenciando as estratégias de vida.

Os indicadores de renda, emprego e escolaridade estão interligados e emitem questões sobre o contexto situacional dos jovens, condicionando sua inserção social. Portanto, é necessária uma atenção especial para esse grupo, com elaboração e discussão de indicadores sociais específicos, enfatizando as diferenças estruturais que geram dificuldades para a vida cotidiana dos jovens, incluindo no seu contexto o cenário da violência.

No ranking mundial do ano de 2009, de taxas de mortalidade por PAF, o Brasil ocupa o quarto lugar, em que 90% das mortes foram homicídios, 3,6% suicídio e 5,6% e 0,8% atribuídas a acidentes. Das 126,550 mortes por acidentes e por violência 30% são causadas por PAF.¹⁰

A questão da violência tornou-se uma grande preocupação, não só no Brasil, mas também em muitos países, porque é um fenômeno de interesse público, devido à sua alta frequência e as consequências causadas na vida das pessoas, especialmente aqueles que vivem em grandes centros

urbanos. O aumento da violência cotidiana aparece como um aspecto representativo e problemático da atual organização da vida social. Os homicídios no Brasil aumentaram de 13.910 casos em 1980 para 49.932 casos em 2010, o que corresponde a um acréscimo de 259%, um crescimento de 4,4 % ao ano. A população do país, no entanto, também aumentou a uma taxa mais baixa (60,3%), de 119,0 milhões de habitantes em 1980-190,7 milhões em 2010.¹¹

A violência é um fator complexo e as estratégias para a sua redução devem incluir a redução das desigualdades sociais, com maiores oportunidades, sobretudo para os jovens, de emprego e educação, mas há também a necessidade de adotar políticas de segurança públicas eficazes voltadas para os problemas específicos locais⁶.

Minayo¹² ressalta como a violência afeta à saúde na medida em que representa um risco ao processo vital humano, pois ameaça a vida, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou possibilidade próxima.

A violência tem feito parte da experiência humana causando variados impactos em todo o mundo e interfere negativamente na qualidade de vida de uma população, uma vez que essa situação pode evoluir para uma condição de isolamento causando traumas psíquicos. Com a persistência e o crescimento da violência, diversos segmentos da sociedade (religioso, biológico, psicológico, social e comunitário) tentam impedir seu crescimento com estratégias de prevenção e atendimento às vítimas.¹³

CONCLUSÃO

Atualmente, a demanda crescente de serviços para o atendimento das lesões e traumas provocados por acidentes e violência requer novas habilidades, equipamentos e organização do sistema de saúde o que exige amplas reflexões, decisões e ações, por parte do sistema de saúde. Buscando oferecer diretrizes para a atuação dos estados e municípios, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Essa Política, ao tomar, como uma de suas diretrizes, a sistematização, ampliação e consolidação do

atendimento pré-hospitalar, reconhece o papel estratégico desse tipo de intervenção para salvar vidas e evitar sequelas, por vezes permanentes, entre as vítimas.¹⁴

Dahlberg e Krug¹³ afirmam que a saúde pública é uma área que contempla possibilidades com ênfase na prevenção e diminuição da violência no mundo, tendo como ponto de partida a convicção de que comportamentos violentos e suas consequências podem ser evitados.

Como exemplo, em 2012, o governo federal lançou o plano Juventude Viva, construído pelo Ministério da Saúde e outros dez ministérios, com a colaboração de diversas entidades e movimentos sociais. Suas ações pretendem ampliar os direitos da juventude, contribuindo para a desconstrução da cultura de violência, a transformação de territórios atingidos por altos índices

de homicídios e o enfrentamento ao racismo institucional contra jovens com a sensibilização dos agentes públicos. Além de outro projeto voltado para o tema é o “Nas ondas do rádio”, que prevê programas radiofônicos para prevenção da violência contra crianças e adolescentes.¹⁵

Considerando a complexidade e os impactos da violência no campo da saúde, se torna necessário compreender cada vez mais esse fenômeno, visando construir elementos para a atuação do setor saúde. De acordo com Minayo¹⁶ não basta quantificar os mortos, os feridos, as vítimas e os agressores. Essas pessoas fazem parte de uma realidade histórica e cultural e possuem razões subjetivas. Saber a magnitude da violência, mas também os seus sentidos é pré-requisito para formulação de programas de promoção, prevenção e controle.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Minayo MCS, Souza ER, organizadoras. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br> (Acessado em 17 novembro de 2011).
5. Geri Lobiondo-Wood, JH. Pesquisa em Enfermagem: Metodos, avaliação crotica e utilização. 4 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Portaria MS/GM nº 737 de 16.05.01 Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf. Acessado em: 12 fev. 2014).
8. Kliksberg, B. O contexto da juventude na América Latina e no caribe: as grandes interrogações. Revista de Administração Pública 2006; 40,(5): 909-942.
9. Soares, LT. O desastre social – os porquês da desordem mundial. Rio de Janeiro: Record, 2003.
10. Phebo, L. Impacto da arma de fogo na saúde da população no Brasil. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf (Acessado em 09 agosto de 2015).
11. Waiselfisz JJ. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil [Internet]. São Paulo: Instituto Sangari; 2011. 243 p. [acesso 28 jan 2012]. Disponível em: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf. Acessado em: 12 fev. 2014).
12. Minayo, MCS. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. Rev. bras. educ. méd. 2003; 29 (1): 55-63.
13. Dahlberg LL, Krug EG Violence a global public health problem. Cienc Saude Coletiva 2006; 11(2): 277-292.
14. Deslandes SF, Souza ER, Minayo MC, Costa CRBSF, Krempel M, Cavalcanti ML *et al*. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem vítimas de acidentes e violência em cinco capitais brasileiras. Ciência e Saúde Coletiva 2007a; 11(Supl): 1279-1290.
15. Ministerio da saúde. Ministério da Saúde debate violência e juventude. Portal Brasil,2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/12/ministerio-da-saude-debate-violencia-e-juventude>. Acessado em: 12 fev. 2014.
16. MINAYO MCS. Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Recebido em: 08 de março de 2014.
Aprovado em: 06 de junho de 2015.