



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

ROSÂNGELA ANDRÉ DA SILVA

**MAPEAMENTO DA VIOLÊNCIA QUE VITIMIZA OS ADOLESCENTES:
recorte de uma escola pública de Fortaleza.**

FORTALEZA

201

ROSÂNGELA ANDRÉ DA SILVA

**MAPEAMENTO DA VIOLÊNCIA QUE VITIMIZA OS ADOLESCENTES:
recorte de uma escola pública de Fortaleza.**

Monografia apresentada ao Programa de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do título Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S583m Silva, Rosângela André da.
Mapeamento da violência que vitimiza os adolescentes : recorte de uma escola pública de
Fortaleza / Rosângela André da Silva. –2019.
59 f. : il. color.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

1. Adolescente. 2. Violência. 3. Promoção da Saúde na escolar. I. Título. CDD 610.73

ROSÂNGELA ANDRÉ DA SILVA

**MAPEAMENTO DA VIOLÊNCIA QUE VITIMIZA OS ADOLESCENTES:
recorte de uma escola pública de Fortaleza.**

Monografia apresentada ao Programa de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará como
requisito parcial à obtenção do título
Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Ma. Maria Isabelly Fernandes da Costa
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Me. Paulo Henrique Alexandre de Paula
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus e a minha família, que são meu alicerce.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus pela vida e pelas possibilidades que Ele proporcionou em minha vida. Aos meus pais Maria e Francisco que sempre fez o possível e o impossível para oferecer aos filhos um futuro melhor e com mais oportunidades.

Aos meus irmãos Rosemberg, Lindemberg, Elisângela, Gutemberg, Ângela, Gardênia, Ana Angélica e Pedro por todo o apoio e por estarem sempre presentes em minha vida.

Aos meus amados filhos Beatriz, Gabriel e Maria Clara, razões da minha existência.

Ao Alexandre, meu companheiro e amigo, pela paciência que teve pelos momentos de ausência durante a graduação.

À Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, pela compreensão e pela forma carinhosa e acolhedora com a qual me recebeu no grupo.

Aos coorientadores Isabelly Fernandes e Paulo Henrique, pelas valiosas sugestões para a construção do trabalho.

À mestrandia Rayssa Matos, pelo apoio e sugestões.

Aos bolsistas Kelly, Patrick, Richard e Stephanie, pela ajuda na coleta de dados.

À amiga Érika Tavares, que esteve comigo durante toda a construção, me apoiando e ajudando nos momentos de angústia.

À amiga Angélica Gomes, pela dedicação e amizade, que foram fundamentais para a conclusão do estudo.

Aos integrantes da banca examinadora, professora Patrícia Neyva, Isabelly Fernandes e Paulo Henrique, pela disponibilidade, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Ao Núcleo Gestor e professores da EEM Deputado Paulo Benevides pelo apoio e acolhida durante os dias de coleta.

Aos amigos do SAMU que me ajudaram a chegar até aqui.

“A vitória alcançada pela violência é o
equivalente a uma derrota, pois é
passageira.”

Gandhi

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo investigar a prevalência de casos de violência envolvendo adolescentes escolares matriculados numa escola de Ensino Médio da rede pública do município de Fortaleza. A abordagem do tema foi feita através da análise do perfil sociodemográfico dos adolescentes; dos tipos de violências mais vivenciados e o gênero mais atingido e dos fatores presentes no cotidiano desses jovens que podem funcionar como um potencial fator de risco ou proteção. A fundamentação teórica foi baseada por meio de um levantamento nos bancos de dados da literatura especializada da saúde. A pesquisa se caracteriza como transversal/seccional com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, adaptado da Pesquisa Global de Saúde Escolar (GSHS), uma ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para avaliar fatores de risco e de proteção presentes na vida do adolescente. Os dados obtidos com a aplicação do instrumento foram digitados numa planilha do Excel e, após digitação, exportados para os softwares *Epi-info 7.2.2.6* e *Stata 11.2* (*Stata Corporation, College Station, USA*) e apresentados em tabelas, com frequências absolutas e percentuais. As condutas da presente pesquisa foram norteadas pelos princípios éticos que envolvem seres humanos, descritos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Tendo como resultado a identificação dos tipos de violência mais prevalentes, os sexos mais vulneráveis e os fatores que podem potencializar ou não a vulnerabilidade do adolescente frente à violência. O estudo mostrou-se uma ferramenta importante e útil para identificação da situação de vulnerabilidade na qual o público jovem está inserido, fornecendo dados importantes para a implementação de estratégias de combate à violência.

Palavras-chave: Violência; Adolescente; Promoção de saúde no ambiente escolar.

ABSTRACT

The present study is aimed at investigating the prevalence of cases of violence involving adolescent students enrolled in a high school of public schools in the city of Fortaleza. The approach of the theme was made through the analysis of the sociodemographic profile of adolescents; of the most experienced types of violence and the most affected gender and the factors present in the daily lives of these youngsters that can function as a potential risk or protection factor. The theoretical basis was based on a survey in the databases of the specialized literature on health. The research is characterized as transversal/cross sectional with a quantitative approach. Data were collected through the application of a semi-structured questionnaire, adapted from the Global School Health Survey (GSHS), a tool developed to the Pala World Health Organization (WHO), to assess risk and Protective factors present in the adolescent's life. The data obtained from the application of the instrument were typed into an Excel spreadsheet and, after typing, exported to the software *Epi-Info 7.2.2.6* and *Stata 11.2* (Stata Corporation, College Station, USA) and presented in tables, with absolute frequencies and percentages. The conducts of this research were guided by the ethical principles that involve human beings, described in resolution 466/2012, of the National Health Council (CNS). Having as a result the identification of the most prevalent types of violence, the most vulnerable sexes and the factors that can potentialize or not the adolescent's vulnerability in the face of violence. The study proved to be an important and useful tool to identify the vulnerability situation in which the young public is inserting, providing important data for the implementation of strategies to combat violence.

Keywords: violence; Teen; Health promotion in the school environment.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tipologia da violencia proposto pela OM.....	24
Gráfico 2 - Modelo ecológico de Krug.....	25
Gráfico 3 - Fontes de fatores de risco e de proteção.....	27
Gráfico 4 - Fontes de fatores de risco e de proteção.....	28
Gráfico 5 - Fontes de fatores de risco e de proteção.....	28
Gráfico 6 – Cálculo de população finita.....	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil simplificado dos alunos.....	39
Tabela 2 - Relação turno de aula com o sexo dos alunos.....	40
Tabela 3 - Relação estado civil com o sexo dos alunos.....	40
Tabela 4 - Relação religião com o sexo dos alunos.....	41
Tabela 5 - Relação idade com o sexo dos alunos.....	41
Tabela 6 - Variáveis dimensão comportamento.....	42
Tabela 7 - Variáveis dimensão sistema familiar.....	44
Tabela 8 - Variável segurança.....	45
Tabela 9 - Variáveis dimensão sexualidade.....	46
Tabela 10- Variáveis dimensão tipos violência vivenciadas.....	44
Tabela 11- Vivência de violência segundo variáveis socioeconômicas.....	45
Tabela 12- Vivência de violência segundo variáveis sexo.....	46

LISTA DE SIGLAS E ABREVEATURAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e drogas
CRAMI	Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDECA	Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CUCA	Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciências e Esporte
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EEM	Escola de Ensino Médio
GSHS	Pesquisa Global de Saúde Escolar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa e Estatística Aplicada
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NG	Núcleo Gestor
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
RP	Razão de Prevalência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEDUC	Secretaria de Educação do Estado do Ceará
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
2.	OBJETIVOS.....	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	A violência e suas implicações na adolescência.....	21
3.2	Influência dos fatores internos e externos na violência envolvendo adolescentes.....	25
3.3	O papel da enfermagem, as ações de prevenção e as políticas públicas voltadas ao adolescente.....	29
4.	METODOLOGIA.....	33
4.1	Natureza do estudo.....	33
4.2	Período e local.....	34
4.3	População e amostra.....	34
4.4	Instrumento e coleta de dados.....	35
4.5	Análise de dados.....	37
4.6	Aspectos éticos.....	37
5.	RESULTADOS	38
6.	DISCUSSÃO	48
7.	CONCLUSÃO	50
	REFERÊNCIAS.....	51
	APÊNDICE 1. Instrumento de coleta (Questionário).....	56
	APÊNDICE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	58
	APÊNDICE 3. Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).....	60
ANEXO	1. Parecer do Comitê de Ética da UFC.....	61
ANEXO	2. Carta de Aceite da EEM. Deputado Paulo Benevides.....	62

1. INTRODUÇÃO

A adolescência é um período com delimitações pouco precisas, mas que normalmente se inicia nos marcos biológico da puberdade e termina na entrada do jovem na vida adulta, quando passa a assumir responsabilidades e deveres determinados pela cultura. Outra forma de delimitar a adolescência é por meio de critérios cronológicos, uma estratégia útil para a investigação epidemiológica e a elaboração de políticas públicas voltadas para esse público (SENNÁ, 2015).

De acordo com o critério cronológico adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e seguido pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a adolescência é definida como uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre 10 e os 19 anos de idade. Embora, sob a ótica do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o período está compreendido entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2018).

Na adolescência, o indivíduo passa por uma construção social, com repercussões na sua subjetividade e desenvolvimento. Logo, essa etapa não deve ser interpretada apenas como uma fase natural do desenvolvimento humano e amadurecimento fisiológico do corpo, mas sim como uma trajetória de construção e solidificação da identidade do indivíduo, que se dará mediante as experiências vividas e o grau de significância que representará na vida de cada um (BOCK, 2007).

Durante a adolescência, uma fase que se mostra desafiadora, o indivíduo se expõe a uma série de influências positivas e negativas, que se apresentam nos diversos ambientes, nos quais está inserido, oferecendo oportunidades para o desenvolvimento de competências cognitivas e sociais e autonomia, e que na presença de relações de apoio dos pais, da escola e da comunidade tendem a desenvolver-se de forma positiva e saudável (PAPALIA, 2013).

Os termos “vulnerabilidade” e “vulnerável” são comumente empregados nas pesquisas em saúde para designar suscetibilidade das pessoas a desenvolver problemas e danos de saúde. Sua conceituação é discutida por várias áreas das ciências, sendo abordada pelas ciências sociais e humanas na perspectiva de compreender a dimensão dos significados da exposição do sujeito a determinadas situações de risco. A situação de

vulnerabilidade gera vários problemas, entre eles a exposição à violência (SOARES, 2015).

A vulnerabilidade do adolescente nesse período é percebida pela fragilidade ou incapacidade de agir ou se defender de algo ao qual encontra-se exposto. Essa fragilização pode ser influenciada pelas características biológicas, pelo ciclo de vida no qual se encontra e pelas condições sociais preexistentes, que aliados à deterioração dos direitos civis, da perda de garantias de direitos adquiridos e da fragilização da cidadania, podem aumentar a suscetibilidade do adolescente à violência (SEVALHO, 2018).

Nas últimas décadas, a violência vem sendo responsável pelo aumento exorbitante no número dos agravos de saúde em todo o mundo, sendo então apontada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema mundial de saúde pública. O tema foi colocado como pauta na agenda internacional da saúde pela Assembleia Mundial da Saúde, durante o encontro ocorrido em Genebra no ano de 1996, durante o qual, foi solicitado aos Estados membros, o imediato enfrentamento do problema e ao Diretor da Organização das Nações Unidas (ONU), o desenvolvimento de uma abordagem científica para compreender e intervir no avanço e disseminação da violência (OMS, 2015).

A definição da violência proposta pela OMS (2002), põe em evidência a associação da intencionalidade com o ato propriamente dito, independente do resultado obtido. As ideais de força, poder, ameaças e intimidações, deixam mais evidentes as diferentes formas de manifestações, nas quais a violência pode ser expressa.

“uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG, 2002).

O Ministério da Saúde, define a violência cometida contra crianças e adolescentes como: “quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas” (BRASIL, 2002). Para isso, utiliza o modelo ecológico proposto pela OMS (KRUG, 2002), com o objetivo de salientar os aspectos e as relações entre os diferentes tipos e natureza da violência. O modelo classifica a violência em três grandes categorias que identifica o agressor: autoprovocada, interpessoal e coletiva, que podem ser expressas de acordo com a sua natureza em física, sexual e psicológica, além da negligência/abandono (BRASIL, 2010).

A violência é um fenômeno que se manteve presente na história das civilizações desde o princípio até os dias atuais, devido ao fato de se constituir como um “fato humano e social”, ou seja, de ser uma característica inerente a vida em sociedade e, portanto, se manifesta dentro de períodos ou épocas de acordo com seus contextos, refletindo tudo que é produzido pela sociedade (MORESCHI, 2018).

A convivência em grupo por parte de adolescentes é uma necessidade, que se mostra importante na construção da sua identidades. Um período de transformações cheio de pressões sociais e que exigem do o sujeito, a tomadas de decisões e escolhas de identidades (de gênero, orientação sexual, profissional, habilidades e gostos específicos etc.). A aceitação ou não dos adolescentes em novos grupos, geram sentimentos contrários, que quando vivenciada a sensação de pertencimento e inclusão pelo adolescente, mostra-se algo altamente prazeroso, todavia quando a experiência está relacionada a exclusão e menosprezo, o adolescente pode apresentar ansiedade, estresse, isolamento e depressão (BRASIL, 2018).

Atualmente a violência é uma das principais causas de mortes, incapacitações e de uma série de outros problemas sociais e de saúde. No relatório mundial sobre a prevenção da violência realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2015, é feita uma abordagem sobre a violência interpessoal, identificando-a como um fator de risco para problemas sociais e de saúde, que podem se prolongar por toda vida. O documento traz ainda um dado alarmante sobre as estatísticas referentes a violência, revelando que a maioria das ocorrências relacionadas à violência são identificadas através de pesquisas de base populacional e que muitas outras talvez nunca cheguem ao conhecimento das autoridades (WHO, 2015).

A violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno complexo que envolve causas socioeconômicas e histórico-culturais, aliado a tudo isso a pouca visibilidade, à ilegalidade e à impunidade. A pobreza, o acelerado processo de urbanização e a ineficácia das políticas sociais, favorecem a à existência da violência nas diversas sociedades e atrelada a essas causas pode-se citar a visão que ainda permanece sobre a imagem da criança e do adolescente, como objeto de dominação dos adultos (VILELA, 2009).

Anualmente a violência é responsável por aproximadamente 1,4 milhões de morte em todo mundo, correspondendo a 3.800 mortes/dia. Sendo que, 80% dessas mortes estão relacionadas a homicídios e suicídios. Além desses óbitos, outros milhões de jovens

apresentam algum tipo de lesão decorrente da violência sofrida; desenvolvem problemas de saúde devido a essa exposição e outros ainda, tendem a adotar comportamentos de risco para a saúde. Os países que apresentam um nível elevado de desigualdades sociais e econômicas, manifestam um número maior de óbitos decorrentes da violência, tendo como principais vítimas, os moradores de comunidades carentes (WHO, 2017).

Os casos de violência contra a juventude ocorrem independentemente de raça, classe, religião ou cultura (OMS, 2002), embora existam fatores socioeconômicos, demográficos e relacionados à família que se associam ao maior risco de violência na infância (BRANCAGLIONI, 2016; SOARES, 2016). De acordo com dados fornecidos por 190 países, é possível perceber que um em cada três adolescentes foram vítimas de violência emocional, física ou sexual (UNICEF, 2012).

O Brasil ocupa um dos 5 primeiros lugares do mundo em casos de homicídio de adolescentes, tendo Fortaleza como a cidade mais violenta do país, com 10,94 homicídios para cada 1.000 adolescentes. De acordo com os dados oficiais do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), no ano de 2017 ocorreram 65.602 homicídios no Brasil, o que corresponde aproximadamente 31,6 mortes por cem mil habitantes. Esses números representam o maior patamar histórico de mortes por violência intencional no país, que se mostra mais dramático ainda quando é levado em consideração, que a população jovem é a mais atingida (UNICEF, 2017).

CERQUEIRA (2019), chama atenção para o cenário de transição demográfica pela qual passa o planeta, na qual o envelhecimento da população aliada a alta taxa de letalidade entre os jovens e a falta de oportunidades, geram problemas que impactam diretamente sobre o desenvolvimento social e econômico, impondo severas consequências para o futuro da nação.

Estudos realizados no Brasil sobre a violência, apontam uma maior exposição de crianças e adolescentes a esse tipo de ocorrência (IBGE, 2016), que pode ser expressa das mais variadas formas e contextos. Por se tratar de um grupo vulnerável, os jovens dependem diretamente da proteção dos adultos, das instituições sociais e das políticas públicas, sendo prioridade do Ministério da Saúde (MS) a redução nos índices oficiais da violência; execução de ações de prevenção de agravos e de promoção da saúde, tratamento de lesões e/ou doenças ocasionadas pela violência (PAIXÃO, 2014).

Evidências comprovam que crianças que crescem sem o benefício de relacionamentos seguros, estáveis e protetores com os pais ou outros cuidadores tem dificuldade de se relacionar com seus pares ou outras pessoas, não sentem empatia por pessoas em sofrimento e estão expostas ao risco de sofrer depressão e ansiedade, de não conseguir desenvolver habilidades de comunicação consistentes e adotar comportamentos antissociais . Apresentam também baixo rendimento educacional, baixa produtividade econômica ao longo da vida, e estão mais propensas a se tornar perpetradoras ou vítimas de violência (OMS, 2015).

Para a compreensão e enfrentamento da violência, se faz necessária uma análise dos diversos fatores relacionados a sua ocorrência, para assim, desvendar as suas particularidades dentro de uma perspectiva histórica, pois se trata de um fenômeno complexo e multifatorial, que ultrapassa tempo e espaço geográfico e comete diferentes culturas e classes sociais, embora seu impacto é sentido com maior impacto nos grupos considerados vulneráveis (ERCOSIM, 2014).

A escola é o primeiro grupo social, depois da família, no qual o indivíduo irá vivenciar a experiência de socialização com diferentes grupos, desenvolver e amadurecer o sentimento de pertencimento e aprender a lidar com as diferenças e as frustrações. Diante de toda responsabilidade atribuída à escola, percebe-se a sua importância na formação e desenvolvimento do indivíduo, tendo em vista que, essa relação será refletida em toda sociedade futura. (FERRIANI, 2017). Logo, a escola deve ser entendida como um espaço de relações, no qual ocorre o desenvolvimento crítico e político, que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e que interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2009).

A violência no contexto escolar (*bullying*) tem sido considerada um fator de risco ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, pois afeta diretamente a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo, físico e social dos envolvidos. O bullying é um fenômeno multidimensional que está relacionado a condutas agressivas com diferentes níveis e tipos de violência (física, verbal e/ou psicológica), que ocorrem de forma intencional e repetitiva ao longo do tempo, entre os pares e sem motivação aparente, mediante uma relação desigual de poder e força. Os envolvidos podem ocupar papéis de agressores, vítimas ou vítimas-agressoras. Esse tipo de ocorrência apresenta com

principais fatores de risco: a baixa autoestima, depressão, ansiedade e estresse (MOTA, 2018).

Considerando todo esse contexto de violência entre adolescentes, o Programa Saúde na Escola (PSE) se constitui importante estratégia de enfrentamento do fenômeno, a partir da articulação entre os profissionais da educação e saúde, em especial a enfermagem. O enfermeiro tem sido o profissional responsável pelo desenvolvimento de ações educativas em saúde, em função do conhecimento adquirido no meio acadêmico, acerca dos processos de adoecimento e formas de prevenção. A escola deve ser entendida como um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2015).

A escolha da temática para a pesquisa, surgiu como um desafio para mim. Durante a minha vida profissional em um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH), tive a oportunidade de atender vítimas dos mais variados tipos de violência, com lesões de diferentes extensões e gravidades, muitas das quais vindo a óbito. Os contextos de vida das vítimas chamam a atenção pela precariedade dos lares, a falta de segurança e oportunidades, a dificuldade de acesso a saúde e educação, a inexistência de locais para lazer, a presença de álcool e droga e a estrutura familiar permeada por conflitos e violência, dentre outros.

Arelada a essa realidade presenciada rotineiramente por mim, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e ao aumento dos casos de violência envolvendo adolescente, que são noticiadas diariamente nos meios de comunicação com desfechos graves, me senti instigada a buscar informações que possam auxiliar na elaboração de intervenções que contribuam de forma mais efetiva nos atendimentos realizados pela enfermagem.

Diante de todo esse contexto, surge uma interrogação: Quais os principais tipos de violência são vivenciados pelos adolescentes?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Analisar a relação entre a violência e os fatores presentes no cotidiano de adolescentes escolares.

2.2. Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográficos dos adolescentes;
- Identificar os potenciais fatores de proteção/risco presentes no contexto de vida dos adolescentes;
- Identificar as manifestações de violência vivenciadas pelos adolescentes.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Tipos de Violência e suas implicações na adolescência

A violência é responsável pela dor e o sofrimento causados ao ser humano de forma incalculável. A violência pode ocorrer de forma invisível nos lares, em locais de trabalho, ou até mesmo em instituições criadas com o objetivo de proteger as pessoas. Muitas das vítimas não sabem como se defender e outras são forçadas pelas convenções ou pressões sociais a se manterem em silêncio sobre suas experiências. A interação entre fatores biológicos, individuais, familiares, comunitários e culturais, criam uma situação favorável à ocorrência da violência. Contudo, apesar da violência se manter presente, ela não deve ser aceita como uma condição inerente ao homem, tendo que ser combatida e seus impactos minimizados (KRUG, 2002).

Definir os tipos de violência, identificar as principais formas de manifestações e os grupos mais vulneráveis, são ações de suma importância, para a elaboração e ações eficientes voltadas ao seu combate. Em 2002, a OMS propôs uma tipologia para a violência, na qual ela é dividida em três grandes categorias, elencadas mediante as características do agente agressor: violência dirigida a si mesmo (auto infligida), violência interpessoal e violência coletiva.

A violência auto infligida se refere aos atos ou ideação de suicídio ou automutilação. É um de tipo de violência frequentemente observado durante a adolescência. É apontada como a terceira causa mais comum de morte entre adolescentes e jovens do sexo masculino. As tentativas de suicídio, principalmente em mulheres, correspondem à principal causa de procura de atendimento de urgência por adolescentes e jovens. Mais da metade dos adolescentes e jovens que morreram por suicídio já haviam experimentado a tentativa de suicídio pelo menos uma vez. O método mais comum de tentativa de suicídio entre as mulheres é a ingestão de altas doses de medicamentos, já entre os homens é mais prevalente o uso de armas de fogo e enforcamento (BRASIL, 2018).

A violência interpessoal é causada por outra pessoa, podendo ainda ser subdividida em intrafamiliar e Comunitária. A violência intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, apesar de acontecer principalmente na residência, também ocorre em outros lugares. É representada por toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno

desenvolvimento de outra pessoa da família, inclui maus-tratos a crianças, violência praticada por parceiro íntimo e abuso contra idosos. Pode ser cometida por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que exerça uma de relação de poder. Este tipo de violência também inclui outros membros, sem nenhuma função parental, mas que convivem no espaço doméstico como empregados, pessoas de convivência esporádica e agregados (KRUG, 2002).

A violência comunitária ocorre em qualquer ambiente social, envolve pessoas conhecidas ou não. É praticada por meio de agressão às pessoas, por atentado à sua integridade e vida e/ou a seus bens e constitui. É objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública e sistema de justiça (BRASIL, 2013).

A violência coletiva é subdividida em social, política e econômica. Diferentemente dos outros tipos de violência, essa sugere a existência de motivos possíveis para a violência cometida pelos grandes grupos de pessoas ou pelos Estados. A violência social é cometida para seguir uma determinada agenda social inclui, por exemplo, crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. A violência política inclui guerras e conflitos de violência pertinentes, violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interrupção das atividades econômica, proibição do acesso a serviços essenciais ou segmentações e fragmentações econômicas (BRASIL, 2013).

A OMS (2002) estabelece ainda, a distinções da violência de acordo com a natureza das agressões, dividindo-a em quatro eixos diferentes: física, psicológica/moral, sexual, negligência/abandono.

A violência física está relacionada a atos envolvendo maus-tratos físicos ou abuso físico. São atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não-acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida) ou ferimentos por arma branca (BRASIL, 2013).

A violência psicológica/moral refere-se a todas as formas de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança exagerada, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause danos a autoestima, a identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. Esse tipo de violência também pode ser chamado de violência moral. Define-se como conduta abusiva, exercida por meio de gestos, atitudes ou outras manifestações, repetidas, sistemáticas, que atentem, contra a dignidade ou a integridade biopsicossocial de uma pessoa. O bullying é o exemplo mais significativo de violência psicológica, que envolve a adolescência e se manifesta em ambientes escolares (TOLEDO, 2013).

A violência sexual representa qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção (KRUG, 2002).

A violência sexual pode ser expressa na forma de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo, manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui ainda, exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico (TOLEDO, 2013).

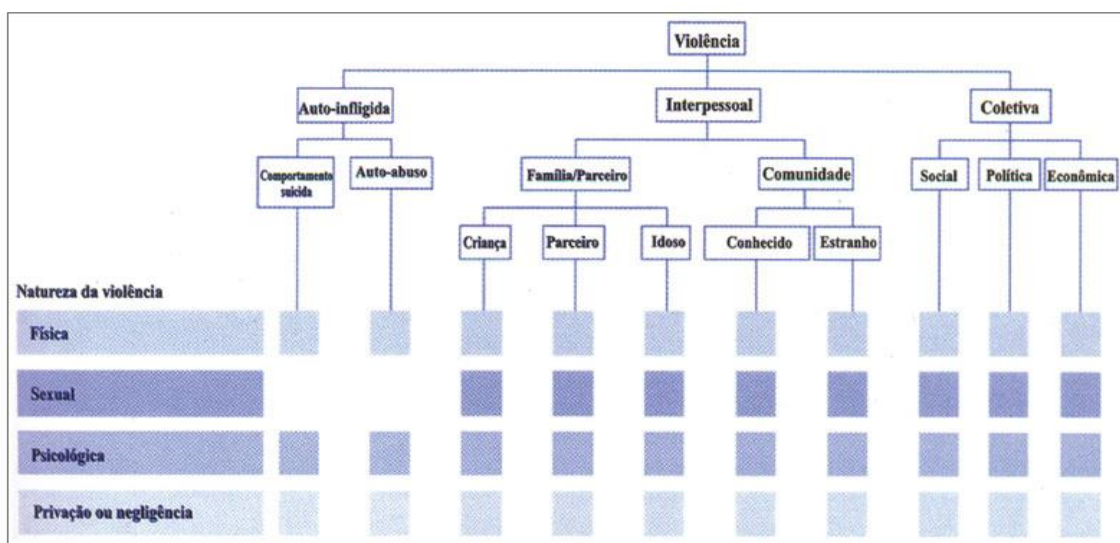
Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo ou forcem ao matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou que limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a) ou esposo a (KRUG, 2002).

Negligência/Abandono é a omissão pela qual se deixou de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa atendida/vítima. Ex.: privação de medicamentos; falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra intempéries ambientais, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O

abandono é uma forma extrema de negligência, é o tipo mais comum de violência contra crianças (BRASIL, 2013).

O gráfico 1 abaixo, ilustra de forma clara e compreensível a tipologia dada as várias formas de violência, podendo ser observada a relação da natureza das agressões com os tipos de violência.

Gráfico 1 Tipologia da violência proposto pela OMS



Fonte: OMS 2002

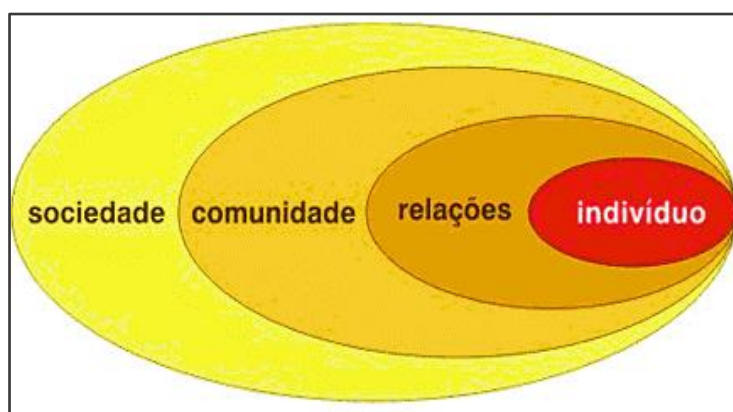
Pesquisas voltadas para a identificação de agravos correntes da violência, citam; lesões físicas de várias modalidades entre hematomas, queimaduras e fraturas entre outras. Quanto a saúde mental, os adolescentes podem apresentar um comportamento agressivo, ter alterações de memória, apresentar sentimento de desamparo, com tendência a desencadear sintomas psicossomáticos, medo, baixa autoestima, tristeza e depressão. Somando-se a isso, podem apresentar incapacidade para manter relações interpessoais, além de baixo desempenho escolar. Podendo ainda, ter aumentada a vulnerabilidade para outros riscos como Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidez não planejada e uso/abuso de álcool e/ou outras drogas, que repercutirá negativamente no desempenho social (BRASIL, 2010).

3.2. Influência dos fatores internos e externos na violência envolvendo adolescentes

A ocorrência de atos violentos na família ou na sociedade possui raízes que têm origem em vários contextos. É um fenômeno multicausal, não existindo um fator de risco que, isoladamente, possa determinar o seu aparecimento, tornando assim difícil a abordagem da violência, sendo necessária uma visão ampla do assunto. Os fatores relacionados ao indivíduo, às relações que ele desenvolve, à comunidade onde vive e à sociedade em geral atuam de forma integrada no aparecimento de situações de violência (ABRANCHES, 2015).

O gráfico 2 mostra de forma esquematizada como esses diferentes níveis estão relacionados, ajudando a compreender a natureza complexa da violência. Esse modelo "ecológico" (KRUG, 2002), pode ser aplicado adequadamente aos vários tipos de violência

Gráfico 2- Modelo ecológico de Krug



Fonte OMS 2002

O nível individual faz referência aos aspectos biológicos, comportamentais e da história de vida de cada indivíduo, podendo comportar-se como uma fonte geradora de risco ou proteção, mediante a intensidade das experiências e a significância das relações que o adolescente estabelece com os outros níveis. Características como a juventude e o gênero masculino, podem indicar um risco aumentado para o envolvimento do adolescente em alguma experiência de violência. Assim como, as habilidades de controlar as emoções e de ser aceito pela família e pela comunidade, são características que podem

funcionar como um fator de proteção para um desfecho negativo à saúde. (PHEBO, 2005).

O segundo nível é caracterizado pelas relações sociais mais próxima, como a família, que mediante a qualidade das interações mantidas, podem ser determinantes na definição do papel que o jovem irá exercer na sociedade. O suporte que os pais oferecem aos seus filhos parece exercer uma ação protetora, mas nem sempre é suficiente para minimizar por completo os efeitos decorrentes da violência. A prática familiar de castigos corporais intensos, maior tolerância dos pais a desvios de conduta e o uso de ameaças psicológicas estão relacionados ao desenvolvimento de problemas comportamentais entre jovens. Em contra partida, o estabelecimento de relações na família que permitam a livre expressão de sentimentos e pensamentos, levam o adolescente a perceber e entender a realidade e a posicionar-se de uma maneira mais positiva (LINDA, 2006).

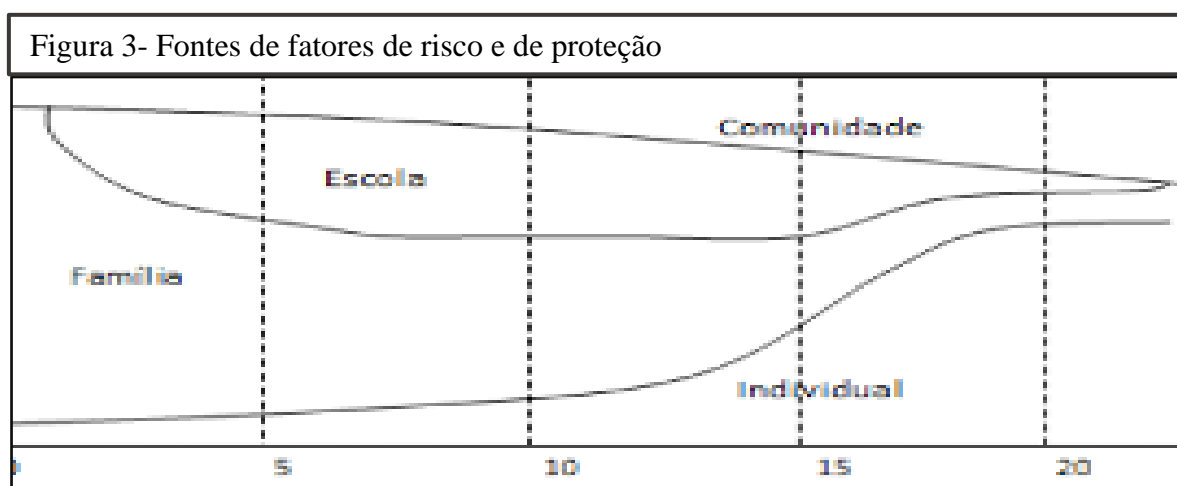
Nos aspectos relacionados as interações que ocorrem no contexto comunitário, merece destaque a violência apresentada pela mídia. Os adolescentes representam um grupo vulnerável e de fácil persuasão, que absorvem com facilidade os exemplos negativos apresentados pelos meios de comunicação. Nesse contexto a família pode atuar como mediadora, participando na escolha dos programas mais apropriados à faixa etária do adolescente. Não se trata apenas de proibir o acesso aos meios de comunicação atuais, mas trazer para dentro da família uma discussão positiva da realidade e de seus riscos (PHEBO, 2005).

A escola pode ser um ambiente que exerça tanto o papel de proteção como de risco para o jovem. Quando ela não valoriza as diferenças e não promove o diálogo pode ensinar aos alunos que os conflitos devem ser resolvidos a base da violência. Já um ambiente escolar que valorize as habilidades individuais de cada um, e promova relações saudáveis entre os alunos, atuará como fator de proteção. Logo, uma escola promotora de saúde é aquela que coloca em prática a pedagogia da mediação, que adota a resolução de conflitos através do diálogo e não por meio de práticas violentas, tornando o ambiente escolar um ambiente harmônico de convivência entre os mais diferentes públicos (ABRANCHES 2015).

No quarto nível aparecem os fatores socioeconômicos, composto por características gerais da sociedade que exercem influência positiva ou negativa, incentivando ou inibindo a violência. A intensidade da violência vivenciada, está

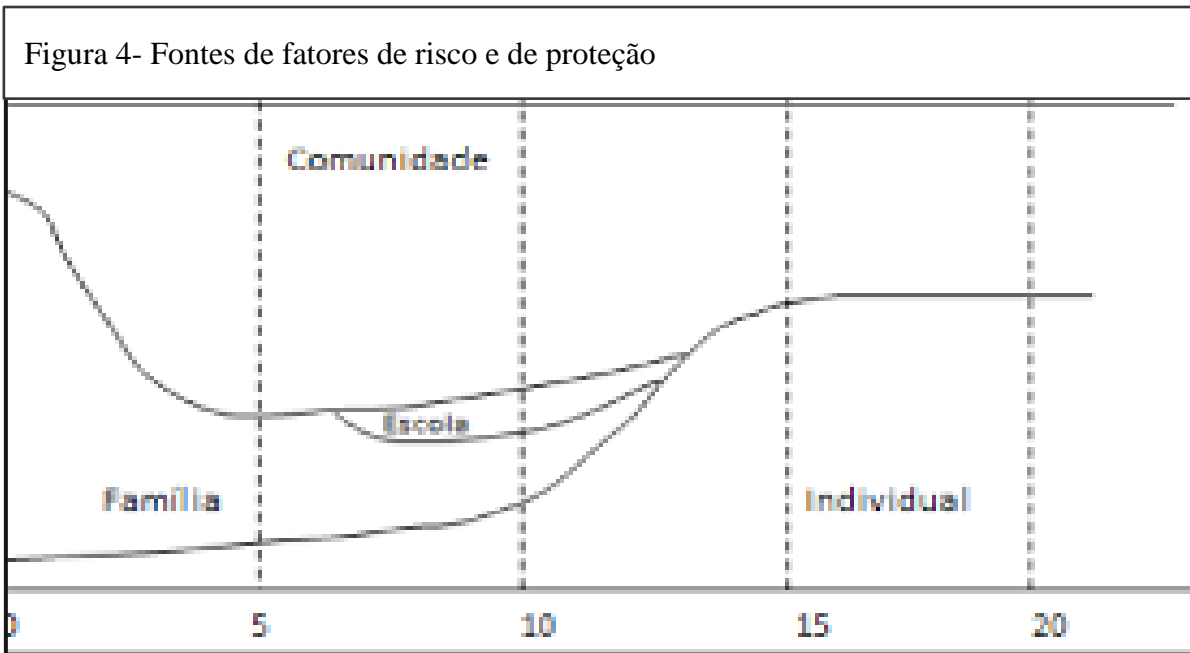
diretamente relacionada com a distribuição de renda, acesso aos recursos sociais disponíveis, dentre outros. Locais que apresentam uma economia estável e uma sociedade mais organizada (LINDA, 2006).

A Figura 3 abaixo, representa um diagrama distributivo, proposto por NÓRDIO (1978), no qual são apresentadas as interações entre os fatores de proteção e risco, que participam do processo de desenvolvimento da acriança e do adolescente. Devido a sua relevância, ainda hoje é usado nas discussões que envolvem o tema violência. O diagrama mostra, que gradativamente a influência da família no desenvolvimento do adolescente vai diminuindo e perdendo espaço para outras fontes geradoras de fatores de risco/proteção. A ampliação das relações sociais para além da família, irão proporcionar ao indivíduo vivenciar novas experiências, que mediante a sua significação, irão proporcionar uma construção individual saudável ou não (BRASIL, 2018)



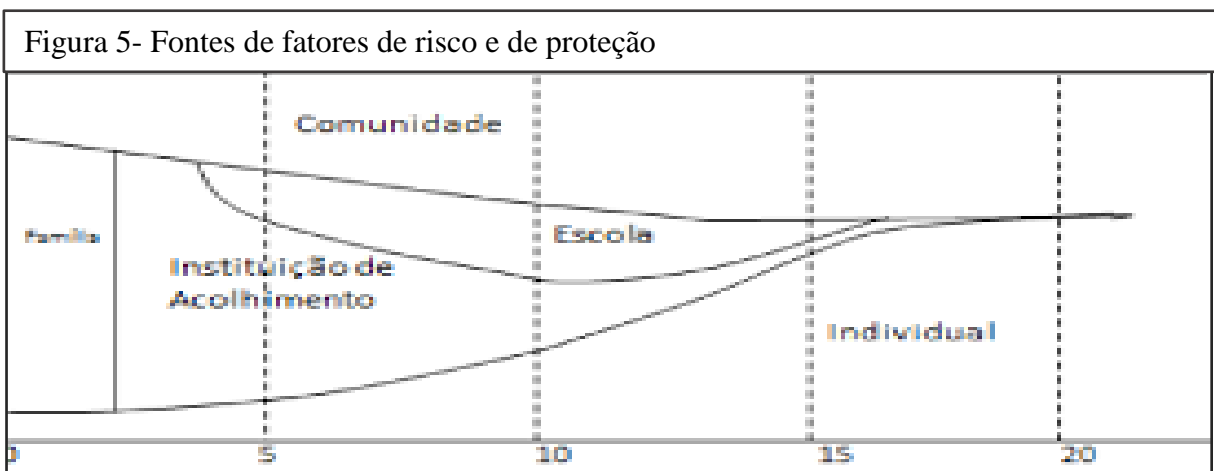
Fonte: NORDIO, 1978

Na Figura 4, o ambiente comunitário se sobrepõe as demais. Pode ser representado pela rua, sem a monitoração da família/responsáveis (fator de risco); pela convivência comunitária em ambientes de apoio, que ofereça cuidado e atenção nos períodos complementares a escola (fator de proteção). De qualquer forma, os espaços familiares e escolares são reduzidos.



Fonte: NORDIO, 1978

Na Figura 5, é demonstrada uma situação na qual os adolescentes estão abrigados em instituições protetivas de acolhimento. É bastante comum, nessas situações, que os fatores internos sejam mais intensos e mais precocemente significativos que as influências das demais fontes. A qualidade das relações em todos esses espaços será de fundamental para proporcionar mais proteção ou vulnerabilidade. O papel da família aqui foi bastante restrito.



Fonte: NORDIO, 1978

3.3. O papel da enfermagem, as ações de prevenção e as políticas públicas voltadas ao adolescente

Os serviços de saúde se mostram como estratégico na identificação de casos de violência, pois observam um número significativamente mais alto de vítimas, em relação aos números relatados pela polícia e por outras autoridades, demonstrando assim um melhor posicionamento para contribuir com informações e avaliar programas de prevenção. O setor da saúde desempenha ainda um importante papel na formulação e implementação de intervenções voltadas à prevenção da violência juvenil, contudo, é apenas um entre os diversos setores cuja contribuição é essencial para a redução do índice de violência na adolescência (OMS, 2018).

Nesse cenário, os enfermeiros se apresentam como figuras essenciais na luta pela garantia dos direitos das crianças e adolescentes, que por estarem constantemente em contato com a população, podem, por meio de um mapeamento, identificar e monitorar as famílias mais vulneráveis a sofrer qualquer tipo de violência, além de notificar aos órgãos competentes os casos já ocorridos. Porém, a falta de conhecimento e de habilidade aliadas ao medo, acabam dificultando a realização do trabalho, mostrando a necessidade de capacitar tais profissionais para lidar com esses tipos dos casos (BRASIL, 2017).

Alguns autores dão destaque aos sentimentos vivenciados pelos profissionais durante os atendimentos que envolvem atos de violência praticados contra crianças e adolescentes. As experiências compartilhadas diariamente entre as equipes, desencadeiam em cada componente a sensação de impotência e frustração, fazendo com que subestimem seus conhecimentos e capacidades e não consigam desempenhar suas atividades de forma eficiente (SCHEK, 2018).

No Brasil, a Constituição promulgada em 1988 surge como um marco na luta para assegurar às crianças e adolescentes o acesso a políticas básicas, como a saúde e educação, assistência social, que garantam os seus direitos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, trazem à tona uma nova abordagem para as políticas de proteção integral à infância e à juventude, cujo escopo é considerá-los sujeitos de direitos, cabendo a sociedade o dever de construir um sistema capaz de garantir tais direitos. Entretanto, para que esses objetivos sejam alcançados, as políticas públicas devem ser organizadas segundo os princípios da descentralização, da articulação de ações governamentais e não-

governamentais, e da participação da população, por meio de diversos conselhos. (BRASIL, 2016).

No passado, os adolescentes eram considerados pessoas saudáveis, e, portanto, não havia uma preocupação relacionada a atenção à saúde voltada para esse público. Hoje, as condições de vulnerabilidade presentes na vida desses indivíduos tornaram evidente a necessidade de ações capazes de reduzir a incidência de casos de violência, com consequente redução nos índices de mortalidade e agravos à saúde (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde estabelece os níveis de atenção à saúde responsáveis por atender as demandas específicas dos indivíduos relacionadas ao uso de álcool e drogas previstos pela legislação brasileira, além de delimitar a responsabilidade de cada esfera. Na Atenção Básica, três serviços são responsáveis por atender o usuário: as Unidades de Atenção Primária de Saúde (UAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Convivências. Na Atenção Secundária, estão presentes o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e drogas (CAPS-AD) e na atenção terciária, o atendimento é voltado exclusivamente para adultos com necessidades clínicas estáveis, em decorrência do uso de álcool e drogas (JIMENES, 2018). Assim como no cenário mundial, a violência direcionada a crianças e adolescentes também se tornou um problema de saúde pública no Brasil, envolvendo profissionais de saúde em ações de prevenção, detecção, intervenções e tratamento de agravos decorrentes da violência. Na década de 80, foi criado o Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMI), coincidindo com a entrada do tema violência na pauta de saúde pública, além do seu reconhecimento durante a promulgação da Constituição Federal de 1988 (LUNA, 2010).

Em seguida, com a formulação do ECA (1990), cujos princípios preconizam que nenhuma criança ou adolescente deverá ser objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

O ECA torna ainda obrigatória a notificação, mesmo de casos suspeitos, de violência, tendo como por objetivo proteger os direitos das crianças e adolescentes. Ainda em 2001, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.968, reforçou a obrigatoriedade de notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, fundamentada nos artigos 13 e 245 do ECA. (PAIXÃO, 2014).

No ano de 2009, foi lançada no Brasil a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), tendo como principais objetivos, monitorar fatores de risco e de proteção à saúde dos adolescentes e o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a esse público. Apesar da grande visibilidade e atenção da sociedade direcionada ao tema, ainda se observa a necessidade de fortalecer uma rede de apoio intersetorial efetiva, capaz de acolher e cuidar desse usuário, identificando os fatores de risco que resultaram em violência, além de apontar as falhas nas políticas já existentes e criar estratégias de promoção de saúde e proteção contra a violência voltada para crianças e adolescentes (BRASIL, 2015).

Seguindo recomendações para a implementação de ações que promovem a redução nos índices da violência, os Estados vêm criando ferramentas que buscam o combate do problema e a garantia dos direitos das crianças e adolescentes. Em São Paulo foi criado o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA, 2017), tendo como principal função a participação da sociedade na elaboração de políticas voltadas para a criança e para o adolescente, buscando, para isso, o envolvimento da população e do governo na discussão acerca dos problema e desafios a serem enfrentados. Nessa tarefa, participam os conselhos de direitos e tutelares, organizações e sociedade, que juntos buscam soluções para os problemas encontrados, bem como para garantir o cumprimento o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Em Fortaleza, os Centros Urbanos de Cultura, Arte, Ciências e Esporte (CUCAs), equipamentos de cunho social ligados à Prefeitura de Fortaleza, criados para atender jovens entre 15 e 19 anos e promover cursos de formação e atividades culturais abertas ao público de todas as idades e em especial aos moradores próximos aos equipamentos. Atualmente, a Rede CUCA é composta por 3 unidades mantidas pela prefeitura, localizadas em bairros da periferia, onde residem famílias carentes e vulneráveis à violência. No ano de 2015, cada CUCA atendeu mais de mil jovens por mês, levando, além dos cursos de formação e a cultura, o resgate da sua cidadania (BARROS, 2016).

Vários programas baseados em evidências foram elaborados para ajudar a fortalecer relacionamentos e interações entre crianças e seus cuidadores; promover o desenvolvimento saudável e melhorar o comportamento da criança. Entre eles estão programas de visitação domiciliar, que comprovadamente reduziram os maus-tratos à criança em até 39%, e outros programas de educação parental e orientação para o

relacionamento entre pais e filhos, que também demonstraram resultados positivos para a criança, no curto e no longo prazo (OMS, 2017).

Reconhecendo a importância da escola no cuidado integral à criança e ao adolescente, o Ministério da Saúde instituiu, por meio do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), com o objetivo de articular as políticas de saúde e de educação com os estudantes e comunidade escolar como forma de prevenir doenças e promover a saúde nas escolas e territórios da saúde. O programa preconiza o desenvolvimento de doze ações que, se devidamente articuladas entre Escola e Rede de Atenção Básica à Saúde, garantirão ao escolar a integralidade do cuidado e a formação de um cidadão consciente, capaz de reconhecer riscos e decidir sobre como encará-los. Dentre as doze ações, destacam-se as de número 3 e 5, cujas propostas são objeto deste estudo e propõem, respectivamente: prevenir o uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; e prevenir violências e acidentes (BRASIL, 2015).

Os Conselhos Tutelares são órgãos autônomos vinculados às administrações municipais. Criados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, tem como objetivo zelar pelos direitos da criança e do adolescente, articulando, no âmbito municipal, o enfrentamento à negligência, à exploração sexual e à violência física e psicológica, entre outras violações. Pela proximidade em relação às comunidades pelas quais são escolhidos, os Conselhos Tutelares desempenham um papel estratégico no Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (SGD), bem como na realização de direitos humanos em geral. São responsáveis por fornecer respostas rápidas de proteção emergencial e pela realização de diligências e encaminhamentos necessários para promover os direitos de crianças e adolescentes em médio e longo prazo (BRASIL, 2013).

A enfermagem vem acompanhando os desdobramentos dos agravos à saúde, buscando adaptar-se para atender as necessidades de saúde e as expectativas dos indivíduos. Durante a adolescência, o indivíduo apresenta necessidades específicas de saúde, que podem ser abordadas por meios de ações de educação em saúde, tendo em vista que essas ações se configuram como uma ferramenta usada principalmente pelo enfermeiro para prevenção e promoção em saúde. As atividades educativas devem priorizar o protagonismo do indivíduo, possibilitando o desenvolvimento do pensamento crítico e a autonomia, favorecendo ainda, a aproximação do adolescente com a unidade de saúde.

4. METODOLOGIA

4.1. Natureza e tipo de estudo

Este estudo caracteriza-se como sendo descritivo e do tipo seccional, na medida em que se procura analisar a associação de fatores internos e externos com as manifestações de violência presentes no contexto de vida dos adolescentes. Nesse sentido busca-se identificar os tipos de violência aos quais os estudantes são submetidos, os fatores internos e externos presentes e o perfil sociodemográfico dos mesmos. O caráter descritivo do estudo tem com propósito observar, descrever e documentar as características de uma determinada situação, as relações mantidas entre as variáveis, sem tentar interferir nas ligações. A técnica utilizada para a obtenção de dados para o estudo foi através da aplicação de um questionário autoaplicável (POLIT; BECK, 2018).

O modelo de delineamento utilizado foi de corte transversal, que tem como objetivo a observação de um determinado fenômeno em um dado momento histórico. Logo, mostrou-se apropriado à finalidade da pesquisa, no que se refere a determinação do diagnóstico situacional do grupo investigado (POLIT; BECK, 2018).

Os estudos que empregam uma abordagem quantitativa, são influenciados inicialmente pela premissa de uma realidade externa que pode ser avaliada com objetividade, pelo estabelecimento de relações e associações a partir da utilização de métodos quantitativos de investigação que são reprodutíveis e abrangentes (MEDRONHO et al, 2009). Esse tipo de abordagem busca compreender e enfatizar o raciocínio lógico e todas as informações que possam ser mensuradas sobre as experiências humanas, as quais podem ser classificadas, ordenadas e até estabelecidas conexões entre causa e efeito, a partir de critérios estabelecidos (GIL, 2017).

4.2. Período e local

O estudo foi realizado na Escola de Ensino Médio Deputado Paulo Benevides, em 3 dias consecutivos (21, 28 e 29) do mês de maio de 2019, nos três turnos de funcionamento da escola (manhã, tarde e noite), com o objetivo de atingir o quantitativo de alunos necessários à amostra da pesquisa.

A escola está situada na grande Messejana, em Fortaleza, foi fundada há 43 anos, e é subordinada à Superintendência das Escola Estaduais das Regiões 2 e 6 de Fortaleza – SEFOR 2, da Secretaria de Educação do Estado do Ceará – SEDUC. Oferta vagas nos três turno e conta com um número aproximado de 200 funcionários que atuam em diferentes funções. Tendo ainda com um anexo, que funciona na Assembleia Legislativa, com três turmas voltadas à Educação de Jovens e Adultos (EJA).

Atualmente conta com 1.705 alunos matriculados nos três turnos, com faixa etária de 14 acima, distribuídos em 45 turmas, nas quais 18 são voltadas para a 1ª série, 12 para a 2ª série, 8 para a 3ª e 7 para o EJA. A escolha do local se deu por conveniência, uma vez que uma das participantes do projeto extensão é professora da escola e manteve-se com um elo de comunicação entre os integrantes da pesquisa e o núcleo gestor da escola, o que facilitou bastante o acesso a unidade para a realização do estudo

4.3. População e amostra

Fizeram parte do estudo alunos devidamente matriculados na escola, com idade compreendida entre 14 a 19 anos de idade, que correspondem ao período da adolescência, que segundo o que preconiza a OMS, é uma fase do desenvolvimento humano compreendida entre 10 a 19 anos de idade. Como trata-se de uma escola de ensino médio, a idade mínima dos alunos matriculados é de 14 anos completos.

Os critérios de exclusão empregados foram: idade igual ou superior a 20 anos na data da aplicação do questionário; presença de algum tipo de problema cognitivo que o impossibilitasse de responder pelos seus atos; não saber ler e escrever; estar ausente no dia da coleta de dados.

O tamanho da amostra foi definido pelo cálculo da população finita, tendo como base a estimativa da proporção populacional, obtida através da seguinte equação:

$$n = \frac{N \times p \times q [Z\alpha/2]^2}{E \times p \times q [Z\alpha/2]^2 + (N-1)}$$

N= Tamanho da população

n= número da amostra

Z $\alpha/2$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejada

p= proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria que estamos interessados em estudar.

q= proporção populacional de indivíduos que pertencem a categoria que não estamos interessados em estudar (q=1-p)

E= margem de erro máximo de estimativa; diferença entre a população amostral e a verdadeira proporção populacional

Fonte:<http://www.cienciasecognicao.org/portal/wp-content/uploads/2011/09/Tamanho-da-Amostra-1-.pdf>

Tomando-se por base que dos 1705 alunos matriculados, apenas 1531 obedeciam aos critérios da pesquisa, foi realizado o cálculo amostral acima, resultando numa amostra mínima de 308 alunos, de modo que se pudesse obter 95% de confiança e erro máximo de $\pm 5\%$. Esse quantitativo foi aumentado em virtude da quantidade de turmas nas quais o instrumento foi aplicado, de modo a ter uma equivalência entre as séries nos turnos manhã e tarde, períodos que apresentam uma maior concentração de alunos.

Desse modo, o estudo observou duas turmas de cada série (1º, 2º e 3º) nos turnos manhã e tarde, ao passo que à noite, por possuir uma quantidade menor de alunos matriculados, observou-se apenas uma turma de cada série. Todas as turmas foram escolhidas de forma aleatória, e os alunos que atendiam aos critérios de inclusão foram convidados a integrar o estudo, resultando num quadro amostral composto por 373 adolescentes.

4.4. Instrumento e coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de um questionário autoaplicável com um total de 60 questões semiestruturadas (combinando perguntas fechadas e abertas), dividido em dois eixos temáticos: I. Variáveis sociodemográficas; II. Variáveis de violência.

O primeiro eixo contemplou variáveis sociodemográficas, com 12 questões objetivas e informações essenciais à compreensão do contexto em que vivem os adolescentes do estudo, tais como idade, sexo, série, turno, com quem mora, quantas pessoas mora, trabalho remunerado, chefe da família, estado civil, religião, alimentação suficiente em casa .

O segundo eixo, por sua vez, contemplou variáveis relacionadas à violência. Para investigar os dados relacionados à violência, foram utilizadas perguntas baseadas na Pesquisa Global de Saúde Escolar (GSHS), ferramenta desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com a UNICEF, UNESCO e UNAIDS das Nações Unidas, usada em vários países do mundo, para avaliar os fatores de risco comportamentais e de proteção presentes na vida do adolescente e que estão relacionados aos principais motivos do aumento da morbimortalidade em todo mundo. A GSHS aborda 10 áreas específicas, mas nessa pesquisa só serão investigados tópicos relativos à saúde mental, fatores de proteção, aos comportamentos sexuais e a violência e lesão não

intencional, tendo em vista que os outros relacionados à higiene e alimentação, não são relevantes a avaliação situacional de violência.

O primeiro bloco é composto por 15 questões relacionadas aos comportamentos adotados pelo adolescente; no segundo bloco 12 questões abordam a temática relacionada a estrutura familiar; o terceiro bloco é composto por 11 questões relacionadas à segurança; o quarto bloco apresenta 5 questões direcionadas a atividades sexuais e o quinto bloco apresenta 6 questões relacionadas aos tipos de violência. O instrumento apesar de parecer extenso, foi pensado e resumido em questões simples e sucintas e de fácil interpretação, apresentando apenas duas variáveis como resposta.

O instrumento (APÊNDICE 1) foi aplicado durante o mês de maio de 2019, nos três turnos, em salas de aula, durante o horário de aula dos alunos, na presença do pesquisador e após explicação relacionadas a pesquisa e sobre o preenchimento e o sigilo das informações.

Os dias e horários foram acordados com o Núcleo Gestor da escola, de modo a não prejudicar às aulas e/ou conteúdos escolares. No momento da coleta de dados, que durou aproximadamente 15 minutos, os alunos que não atendiam aos critérios de inclusão e/ou se recusaram a participar da pesquisa, permaneceram em sala, realizando atividades escritas solicitadas previamente pelos professores.

À medida em que os adolescentes concluíam o preenchimento do instrumento, depositavam-no sobre uma mesa, com a face preenchida virada para baixo, de modo a manter o sigilo das informações e evitar qualquer tipo de constrangimento aos mesmos.

4.5 Análise de dados

Os dados obtidos com a aplicação do instrumento foram digitados numa planilha do Excel e, após digitação, exportados para os softwares *Epi-info 7.2.2.6* e *Stata 11.2* (*Stata Corporation, College Station, USA*) e apresentados em tabelas, com frequências absolutas e percentuais. Na análise bivariada, analisou-se a associação das variáveis socioeconômicas no contexto individual e familiar, com a vivência da violência. Os dados das análises bivariadas foram apresentados em tabelas com cálculo das razões de prevalência com intervalos de confiança de 95%. Para a diferença de proporções, foram utilizados os testes de chi-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fischer*, sendo considerada associação existente, aquela com nível de significância do *p-valor* menor que

0,05. Os dados descritivos foram apresentados por meio de tabelas. Apesar, do estudo apresentar variáveis com χ^2 e RP significativos, os seus intervalos de confiança (IC 95%) não permitiram definir com precisão os fatores de risco e proteção.

4.6 Aspectos éticos do estudo

As condutas da presente pesquisa foram norteadas pelos princípios éticos que envolvem seres humanos, descritos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e em consonância com o supracitado, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Ceará (UFC). A EEM Deputado Paulo Benevides, convidada a participar desse estudo, aceitou prontamente o convite (ANEXO 2) e se comprometeu, por meio do seu Núcleo Gestor (NG), a auxiliar com o necessário durante todas as etapas do trabalho.

Duas semanas antes do início da coleta de dados, todas as turmas escolhidas receberam a visita de uma das pesquisadora que, após apresentar a pesquisa, expondo seus objetivos, riscos e vantagens, convidou os escolares a participarem, apresentando-lhes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (APÊNDICE 2), para posterior assinatura do responsável legal, em duas vias (uma para a pesquisadora e outra para o responsável legal), para permitir a participação do adolescente no estudo. Aos adolescentes, foi solicitada a assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE – (APÊNDICE 3), como requisito básico à sua participação na pesquisa.

5. RESULTADOS

A amostra foi composta por 373 alunos, dos quais 372 responderam a todas as perguntas referentes às variáveis sociodemográficas, com exceção de apenas um aluno que se absteve de responder a apenas a questão relacionada à religião. Com relação ao 2º bloco de perguntas referentes a violência, houve a perda de alguns questionários pelo fato de questões relevantes para a pesquisa não foram respondidas, devido a isso uma diferença entre o número de a quantidade de questionários sociodemográficos e sobre a violência.

A tabela 1 apresenta o perfil simplificado dos adolescentes escolares a partir das características sociodemográficas dos participantes deste estudo, a través das variáveis idade, sexo, série, estado civil, religião e trabalho ou recebimento de algum auxílio nos últimos 6 meses.

Dos 373 adolescentes participantes, verificou-se que a faixa etária compreendida dos 16 a 17 anos se sobressaiu as duas outras duas faixas investigadas, com um total de 219 alunos (58,7%), enquanto as outras duas se mantiveram bem próximas, com 75 alunos de 14 a 15 anos (20,1%) e 79 (21,2%) alunos de 18 a 19 anos. Quanto ao gênero, o percentual foi discretamente superior no gênero masculino, com 51,7% (n=193), enquanto no feminino foi de 48,3% (n=180).

Com relação a série que cursam a quantidade dos alunos que participaram da amostra foi bem próximo com os resultados de 133 (35,7%) da 3ª série, 125 (33,5%) da 2ª série e 115 (30,8%). Em relação ao estado civil, 352 (94,4%) alunos se declararam solteiros, o que representa a maioria dos adolescentes. Quanto religião 106 alunos (28,4%) disseram não ter nenhuma religião; 117 (31,4%) se declararam católicos; 141 (37,8%) se dizem evangélicos e 8 (2,1%) declararam ser praticantes de outra religião.

No que diz respeito à pergunta referente às atividades remuneradas e/ou ao recebimento de auxílio financeiro nos últimos 6 meses, 202 (54,2%) alunos afirmaram não ter trabalhado ou recebido qualquer auxílio; ao passo que 171 (49,5%) alunos declararam ter trabalhado ou recebido algum auxílio, a exemplo Bolsa-família, que sozinho, somou 98 alunos beneficiados, o equivalente a 26,3% da amostra.

Quanto a formação familiar a maioria dos alunos moram com os pais 340 (91,2%); a maioria dos lares é composta por até 4 pessoas representando um total de 265 (71%); seguido dos alunos que moram com uma família composta de 5 a 10 pessoas 103(27,6%). Os chefes das famílias 170 (45,6%) são mãe; seguidas pelos pais com 150 (40,2%); O grau de instrução do chefe de família 154 (41,3%) representam o ensino médio e 147 (41,3%) do ensino fundamental. Quanto a quantidade de comida a maioria com 313 (83,9%) dizem ser suficiente.

TABELA 1. PERFIL SOCIODEMGRÁFICO		
Variáveis	n	%
Faixa etária		
14 - 15 anos	75	20,1
16 - 17 anos	219	58,7
18 - 19 anos	79	21,2
Sexo		
Masculino	193	51,7
Feminino	180	48,3
Estado civil		
Solteiro (a)	352	94,4
Casado (a)	5	1,3
Outro	16	4,3
Religião		
Nenhuma	106	28,4
Católico (a)	117	31,4
Evangélico (a)	141	37,8
Outro	8	2,1
Não respondeu	1	0,3
Trabalhou ou recebeu bolsa nos últimos 6 meses		
Trabalhou	68	18,2
Não trabalhou	185	49,6
Não recebeu auxílio	17	4,6
Recebeu bolsa-família	98	26,3
Mora com/ou		
Pais	340	91,2
Amigos	-	-
Companheiro (a)	10	2,7
Avô	9	2,4
Irmão	6	1,6
Tio	3	0,8
Outro	2	0,5
Nº de pessoas que mora		
0 a 4	265	71,0
5 a 10	103	27,6
Mais de 10	5	1,3

CONTINUAÇÃO TABELA 1. PERFIL SOCIODEMGRÁFICO		
Chefe da família		
Pais	320	85,8
Avô (ó)	23	6,2
Tio (a)	6	1,6
Irmã (o)	7	1,9
Companheiro (a)	9	2,4
Renda própria	2	0,5
Outro	6	1,6
Grau de instrução do chefe da família		
Analfabeto	30	8,0
Fundamental	147	39,4
Médio	154	41,3
Superior	33	8,8
Outro	9	2,4
Quantidade de comida em casa		
Suficiente	313	83,9
Nem sempre é suficiente	40	10,7
Insuficiente	5	1,3
Não quer responder	15	4,0

Fonte: dados da pesquisa 2019

N=373

A tabela 2 mostra a relação de gênero por turno de aula, que demonstra uma proximidade entre os valores encontrados, no período da manhã é maior a quantidade de alunos do sexo masculino 84 (52,2%), no período da tarde é um pouco maior a quantidade do sexo feminino com 83 (50,9%) e no turno da noite a maioria é do sexo masculino 29 (59,9%).

TABELA 2. RELAÇÃO TURNO DE AULA COM O SEXO DOS ALUNOS						
SEXO	TURNO DE AULA					
	MANHÃ		TARDE		NOITE	
	N	%	n	%	n	%
Masculino	84	52,2	80	49,1	29	59,2
Feminino	77	47,8	83	50,9	20	40,8
Total	161	-	163	-	49	-

Fonte: dados da pesquisa 2019.

A tabela 3 traz a relação do estado civil com o sexo dos alunos, demonstrando que a maioria da amostra é composta por 352 indivíduos que se declaram solteiros dos quais 189 (53,7%) são do sexo masculino e 163 (46,3%) do sexo feminino

Sexo	Estado civil					
	Solteiro (a)		Casado (a)		Outro	
	N	%	n	%	N	%
Masculino	189	53,7	1	20	3	18,8
Feminino	163	46,3	4	80	13	81,3
Total	352	-	5	-	16	-

Fonte: dados da pesquisa 2019.

A Tabela45 apresenta a relação das variáveis religião e gênero dos adolescentes, com os seguintes resultados: A maioria se declarou evangélica com 141 dos quais 73 (51,8%) são mulheres e 68 (48,2%) são homens; 117 se dizem católicos dos quais 59 (50,4%) são mulheres e 58 (49,6%) são homens; 106 se declaram como não tendo nenhuma religião dos quais 63 (59,4%) são homens e 43 (40,6%) são mulheres; 8 dizem praticar outros tipos de religião 5 (62,2%) são mulheres e 3 (37,5%) são homens.

SEXO	Nenhuma		Católico(a)		Evangélico(a)		Outro	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Masculino	63	59,4	58	49,6	68	48,2	3	37,5
Feminino	43	40,6	59	50,4	73	51,8	5	62,5
Total	106	-	117	-	141	-	8	-

Fonte: dados da pesquisa 2019

Tabela 5 – Refere-se a relação da idade com o sexo, observa-se que a maioria dos alunos pesquisados apresentam a idade de 17 anos com 118 (31,6%) adolescentes dos quais 62 (34,4%) são mulheres e 56 (29%) homens; seguido pelos alunos de 16 anos de idade com um total de 101 (27,1%) dos quais 52 (28,9%) são mulheres e 49 (25,4%) são homens.

Idade	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	N	%	n	%
14 anos	6	3,1	5	2,8	11	2,9
15 anos	35	18,1	29	16,1	64	17,2
16 anos	49	25,4	52	28,9	101	27,1
17 anos	56	29,0	62	34,4	118	31,6
18 anos	33	17,1	26	14,4	59	15,8
19 anos	14	7,3	6	3,3	20	5,4

TABELA 6. VARIÁVEL COMPORTAMENTO						
Questão	Questionário – Comportamento	Sim		Não		Total
		N	%	N	%	
1	Você é uma pessoa feliz	316	89,0	39	11,0	355
2	Você briga muito?	71	19,6	291	80,4	362
3	Você provoca muito as pessoas?	84	23,1	279	76,9	363
4	Você tem um temperamento difícil?	139	38,4	223	61,6	362
5	Você se aborrece facilmente?	215	59,6	146	40,4	361
6	Você ameaça ferir as pessoas?	32	8,8	330	91,2	362
7	Você se arrisca ou faz coisas perigosas?	86	23,8	275	76,2	361
8	Você já se envolveu em alguma briga?	121	33,3	242	66,7	363
9	Costuma resolver seus problemas com diálogo?	313	87,7	44	12,3	357
10	Acha que os jovens de sua idade não gostam de você?	202	56,0	159	44,0	361
11	Você tem amigos?	335	92,5	27	7,5	362
12	É difícil fazer amizades em um grupo novo?	313	87,7	44	12,3	357
13	As pessoas tiram vantagens de você?	118	33,0	240	67,0	358
14	Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	58	16,0	304	84,0	362
15	Você tem dificuldade de dizer não para as pessoas?	159	43,9	203	56,1	362

Fonte: dados da pesquisa 2019

A tabela 6 corresponde as variáveis de comportamento adotados por adolescente, que podem funcionar como fatores de proteção ou risco. Observa-se uma redução no número de questionários respondidos mostrando uma variação entre 355 e 363, que não chegam a comprometer o estudo. Isso ocorreu devido ao não preenchimento de questões relevantes ao estudo. De acordo com a tabela 316(89%) alunos se consideram felizes; 291(80,4%) afirmam não brigar muito; 279 (76,9%) não provocam muito as pessoas; 223 (61,6%) não tem temperamento difícil; 215 (59,6%) se aborrecem facilmente; 330 (91,2%) não ameaçam ferir as pessoas; 275 (76,2%) não se arriscam; 242 (66,7%) não se envolveu em briga; 313 (87,7%) resolvem problemas com diálogo; 202 (56%) acham que os jovens não gostam deles; 335 (92,5%) tem amigos; 313 (87,7%) acham difícil fazer novas amizades; 240 (67%) as pessoas não tiram vantagem; 304 (84%) não tem medo de lutar pelos seus direitos; 203 (56,1%) não tem dificuldade de dizer não para as outras pessoas.

Na tabela 7 são observadas as variáveis relacionadas à dimensão sistema familiar com os seguintes resultados: 274 (75,7%) não tem discussões com os pais; 193 (53%) costumam fazer as coisas juntas com a família; 209 (57,9%) os pais desconhecem as coisas que eu gostam; 286 (79%) dizem faltar regras claras em casa; 283 (78,8%) os pais não brigam muito entre si; 221 (61,1%) dizem que os pais passam a maior parte do tempo em casa; 346 (95,8%) dizem que os pais atendem suas necessidades; 320 (88,9%) dizem que seus pais se preocupam com seu rendimento escolar; 182 (50,4%) são castigados quando fazem algo errado; 217 (60,5%) dizem conversar com os pais sobre se seus problemas; 301 (82,9%) dizem comemorar suas vitórias com os pais; 266 (74,5%) se sentem seguros em casa.

TABELA 7 – VARIÁVEIS DIMENSÃO SISTEMA FAMILIAR						
Questão	Questionário Sistema Familiar	SIM		NÃO		TOTAL
		N	%	N	%	
1	Você tem discussões frequentes com seus pais?	88	24,3	274	75,7	362
2	Sua família dificilmente faz coisas juntas?	168	46,5	193	53,5	361
3	Seus pais desconhecem as coisas que você gosta?	152	42,1	209	57,9	361
4	Na sua casa faltam regras sobre o que você pode ou não fazer?	76	21,0	286	79,0	362
5	Seus pais brigam muito entre si?	76	21,2	283	78,8	359
6	Seus pais desconhecem onde você está e o que está fazendo?	80	22,2	281	77,8	361
7	Seus pais estão fora de casa na maior parte do tempo?	141	39,0	221	61,1	362
8	Seus pais atendem as suas necessidades	346	95,8	15	4,2	361
9	Seus pais se preocupam com seu rendimento escolar?	320	88,9	40	11,1	360
10	Quando faz algo errado seus pais o castigam ?	182	50,4	179	49,6	361
11	Seus pais conversam com você sobre seus problemas?	217	60,5	142	39,6	359
12	Seus pais comemoram suas vitórias?	301	82,9	62	17,1	363
13	Você se sente seguro em casa?	266	74,5	91	25,5	357

Fonte: dados da pesquisa 2019

A tabela 8 está relacionada as variáveis de segurança que mostra os seguintes resultados: 293 (80,7%) não foram vítimas de algum tipo de violência em casa; 289 (80,3%) não sofreram nenhum tipo de ameaça em casa; 198 (55%) não se sentem seguros no caminho até a escola; 288 (79,8%) não foram vítimas de violência no trajeto até a escola; 259 (71,9%) se sentem seguros na escola; 268 (74%) não sofreram violência na escola; 188 (52%) nunca tiveram objetos roubados na escola; 234 (64,5%) não foram forçados a fazer nada contra a vontade; 351 (96,7%) nunca levaram armas ao sair de casa; 242 (66,7%) não se envolveu em briga de ruas.

TABELA 8. VARIÁVEIS SEGURANÇA

Questão	Questionário Segurança	Sim		Não		Total
		n	%	n	%	
1	Você se sente seguro em casa?	326	90,1	36	9,9	362
2	Foi vítima de algum tipo de violência em casa?	70	19,3	293	80,7	363
3	Já sofreu algum tipo de ameaça em casa?	71	19,7	289	80,3	360
4	Se sente seguro no caminho de casa até a escola?	162	45,0	198	55,0	360
5	Foi vítima de violência no trajeto de casa à escola?	73	20,2	288	79,8	361
6	Você se sente seguro na escola?	259	71,9	101	28,1	360
7	Você já foi de algum tipo de violência na escola?	94	26,0	268	74,0	362
8	Já teve algo roubado e/ou danificado na escola?	173	47,9	188	52,1	361
9	Foi forçado a fazer algo contra sua vontade?	129	35,5	234	64,5	363
10	quando sai leva algum tipo de arma ?	12	3,3	351	96,7	363
11	Você já se envolveu em alguma briga na rua?	121	33,3	242	66,7	363

Fonte: dados da pesquisa 2019

A tabela 9 corresponde a variáveis da dimensão sexualidade, a qual revela que: 196 (54%) já tiveram algum relacionamento sexual; 251 (69,3%) não teve mais de um parceiro; 220 (60,8%) não usaram camisinha; 359 (98,9%) não contraíram nenhuma IST; 286 (79%) não praticaram sexo após o uso de álcool ou outras drogas.

TABELA 9. VARIÁVEIS DIMENSÃO SEXUALIDADE						
Questão	Questionário – Sexualidade	Sim		Não		Total
		n	%	n	%	
1	Já manteve algum relacionamento sexual?	196	54,0	167	46,0	363
2	Já teve mais de um parceiro?	111	30,7	251	69,3	362
3	Usa camisinha durante a relação sexual?	142	39,2	220	60,8	362
4	Já contraiu alguma doença sexualmente transmissível?	4	1,1	359	98,9	363
5	Já praticou sexo após álcool ou algum tipo de droga?	76	21,0	286	79,0	362

Fonte: dados da pesquisa 2019

A tabela 10 se refere as dimensões relacionadas aos tipos de violência vivenciadas com os seguintes resultados; 99 (27,4%) foram vítimas de violências físicas; 35 (9,7%) foram vítimas de violência sexual; 26 (7,2%) foram vítimas de negligencia; 105 (28,9%) foram vítimas de violência psicológicas; 32 (8,8%) foram vítimas de violência doméstica; 173 (47,8%) foram vítimas de bullying.

TABELA 10. VARIÁVEIS TIPOS DE VIOLÊNCIA						
Questão	Questionário - Tipos de violência	Sim		Não		Total
		n	%	n	%	
1	Violência física	99	27,4	262	72,6	361
2	Violência sexual	35	9,7	326	90,3	361
3	Negligência/abandono	26	7,2	337	92,8	363
4	Psicológica/emocional	105	28,9	258	71,1	363
5	Violência doméstica	32	8,8	331	91,2	363
6	Bullying	173	47,8	189	52,2	362

Fonte: dados da pesquisa 2019

A Tabela 11 se refere aos dados da relação da violência com as variáveis sócio econômicas individuais, na qual observa-se: a idade com mais casos de vítimas de violência corresponde aos 17 anos com 58 (31,4%); o sexo feminino apresentou mais casos de violência 108 (48,8%) e 151 (71%) que foram vítimas de violência, dizem praticar algum tipo de religião.

TABELA 11. VIOLÊNCIA SEGUNDO VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICAS INDIVIDUAIS									
VARIÁVEIS	VIOLÊNCIA						RP	IC 95%	p-valor
	Não		Sim		Total				
	n	%	n	%	N	%			
Idade									
14 anos	2	18,2	9	81,8	11	3,0	Ref	-	-
15 anos	26	41,9	36	58,1	62	17,1	0,43	0,12-1,57	0,1354
16 anos	46	46,5	53	53,5	99	27,3	0,39	0,11-1,40	0,0728
17 anos	46	40,4	68	59,6	114	31,4	0,45	0,13-1,61	0,1488
18 anos	19	32,8	39	67,2	58	16,0	0,56	0,15-2,05	0,3354
19 anos	9	47,4	10	52,6	19	5,2	0,38	0,10-1,47	0,1099
Sexo									
Masculino	79	42,5	107	57,5	186	51,2	0,92	0,72-1,18	0,4988
Feminino	69	39,0	108	61,0	177	48,8	Ref	-	-
Religião*									
Não	42	40,0	63	60,0	105	29,0	Ref	-	-
Sim	106	41,2	151	58,8	257	71,0	0,97	0,74-1,28	0,8269

Fonte: dados da pesquisa 2019

A tabela 12 refere-se a vivência da violência segundo o sexo e demonstra que o sexo masculino apresenta mais casos de violência sexual com 33,51%; a violência sexual foi mais prevalente no universo feminino com 11,43%; a negligência/abandono foi percebido em maior número no sexo masculino com 7,3% ; a violência psicológica/moral se apresentou em maior número no sexo feminino 29,94%; a violência doméstica foi mais presente junto ao sexo feminino com 9,04% ; o bullying se manifestou com uma porcentagem um pouco maior no sexo feminino com 48,86%.

TABELA 12- VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA SEGUNDO VARIÁVEIS SEXO									
Tipos de violência vivenciadas / Sexo	Vivência de violência						RP	IC 95%	p-valor
	Não		Sim		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Violência Física									
Feminino	139	78,98	37	21,02	176	48,75	Ref	-	-
Masculino	123	66,49	62	33,51	185	51,25	1,19	1,05-1,35	0,0078
Violência Sexual									
Feminino	155	88,57	20	11,43	175	48,48	0,98	0,92-1,05	0,5974
Masculino	171	91,94	15	8,06	186	51,52	Ref	-	-
Negligência / Abandono									
Feminino	165	93,22	12	6,78	177	48,76	Ref	-	-
Masculino	172	92,47	14	7,53	186	51,24	1,00	0,95-1,07	0,7826
Psicológica / Emocional									
Feminino	124	70,06	53	29,94	177	48,76	1,03	0,90-1,17	0,6765
Masculino	134	72,04	52	27,96	186	51,24	Ref	-	-
Violência Doméstica									
Feminino	161	90,96	16	9,04	177	48,76	Ref	-	-
Masculino	170	91,40	16	8,60	186	51,24	1,00	0,93-1,06	0,8832
Bullying									
Feminino	90	51,14	86	48,86	176	48,62	Ref	-	-
Masculino	99	53,23	87	46,77	186	51,38	0,96	0,79-1,17	0,6908

Fonte: dados da pesquisa 2019

6. DISCUSSÃO

Os adolescentes que participaram da pesquisa 51,7% correspondem ao sexo masculino; 58,7% encontram-se nas faixas etárias 16 e 17 anos, apontadas como as idades mais atingidas pela violência, com 53,5% e 59,8% respectivamente, sendo o sexo masculino o grupo que mais sofreu violência física com 33,51%, esse dado foi bastante relevante, indicando um risco aumentado para a violência física em relação ao sexo masculino. Esse dado corrobora com estudos realizados no Brasil que apontam o sexo masculino como um fator preditivo de comportamentos violentos (BRASIL, 2016). Tradições culturais em nosso país revelam um panorama machista que é fortalecido desde a infância e se expressa nas brincadeiras e jogos ofertados às crianças do sexo masculino, que estimulam a violência que podem transformá-los em futuros agressores (MALTA, 2017).

A violência praticada contra adolescentes do sexo feminino mostrou-se mais elevada em relação aos do sexo masculino, com 48,8% (108) casos. Segundo estudos realizados, a violência praticada contra as meninas ocorre principalmente em suas residências e é praticada na maioria das vezes pelos próprios pais, que criam círculos viciosos e perpetuam uma cultura de dominação, impondo nas vítimas o medo, a angústias e o silêncio, que podem apresentar desfechos fatais (MALTA, 2014).

A violência contra adolescentes do sexo feminino foi mais elevada, tendo como mais prevalentes os casos de violência sexual, psicológica, doméstica e bullying, consolidando um estudo realizado por Minayo em 2018, no qual o sexo feminino apresentou o maior número de atendimentos em relação a todas as violências, com exceção do trabalho infantil. A violência sexual contra meninas foi 6,5 vezes maior do que a masculina e na violência psicológica/moral mostrou-se 5 vezes maior no sexo feminino, o que também acontece em relação à tortura e ao abuso financeiro/econômico que são, cada um, cerca de 4 vezes maior no sexo feminino, comparado ao masculino (MINAYO, 2018.)

O envolvimento dos adolescentes em brigas obteve 33,3% no estudo, este fato fortalece um levantamento realizado pela OMS, foi observado uma prevalência muito alta de adolescentes envolvidos em brigas, no qual cerca de 1 em cada 2 jovens do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino manteve uma proporção de 1 para cada 4 meninas (OMS, 2015)

Em relação a sexualidade, 54% dos adolescentes afirmaram já ter iniciado a vida sexual e 30,7% já ter tido mais de 1 parceiro sexual. Esses dados corroboram com estudos que apontam como uma característica desta fase, a adoção de comportamentos de risco, deixando o adolescente mais vulnerável a adquirir algum tipo de IST (BRASIL, 2006). A sexualidade na adolescência é impulsionada pelos meios de comunicação e por uma mistura de sensações que fazem com que o adolescente se comporte de forma instintiva desempenhando comportamento de risco, como exemplo, o sexo desprotegido. Essa característica foi observada no estudo, quando 27,5% dos alunos com vida sexual ativa afirmaram não fazer uso do preservativo e em decorrência disso 2,4% já haviam adquirido algum tipo de IST (ALMEIDA, 2018).

A pesquisa revelou que o tipo mais prevalente de violência sofrida se refere a violência escolar (bullying) com 47,8%, tendo sexo masculino como o gênero mais atingido com 46,77%. Os dados confirmam estudos que relatam que, apesar da escola ser responsável por desempenhar um dos papéis primordiais no desenvolvimento dos jovens e na formação das primeiras relações de intimidade, depois da família, vem se mostrando-se como um ambiente que vivencia condutas violentas. Esse fato torna imprescindível a necessidade de enfrentamento do problema, tendo em vista que a escola deve ser um lugar onde devem ser construídas relações saudáveis, que garantam ao estudante o desenvolvimento de suas habilidades (MALTA, 2014).

No Brasil, a prevalência estimada de violência escolar (bullying) é de 10% a 70% e, no cenário internacional, de 8% a 60%. Esses dados mostram que o espaço escolar não é imune à presença de violência. A exposição dos adolescentes à violência escolar é uma preocupação mundial que tem levado pesquisadores de várias áreas de conhecimento, como a saúde e a educação investigar a ocorrência desse fenômeno. Um estudo recente abordando esse tema identificou a fragilidade ou ausência de vínculos institucionais para abordar a violência na escola, dada a necessidade de pensar sobre esse problema em uma rede ampliada e articulada (BESERRA, 2019).

7. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu traçar o perfil sociodemográficos dos alunos e identificar a prevalência dos tipos de violência presentes no contexto de vida dos adolescentes, como também as características comportamentais de cada individuais. Com base nas tabelas bivariadas com as variáveis sexo e violência, foi possível verificar que, ser do sexo masculino em relação ao sexo feminino, não chega a ser considerado um fator de risco para a violência, mas é bastante significativo indicando um risco aumentado.

Foi identificado que 54% dos alunos já iniciaram a vida sexual e que uma grande parcela não faz uso de preservativo, se expondo ao risco de adquirir algum tipo de IST. Logo, fica evidente que é imprescindível a elaboração de atividades de educação em saúde, que possa promover uma mudança de hábito e redução nos índices IST na adolescência, levando a melhoria da qualidade de vida.

A violência escolar (bullying) foi identificada como o tipo mais prevalente, mas apesar desse fato, a maioria dos adolescentes afirmam se sentirem seguros na escola. Esse fato pode indicar um viés na pesquisa, demonstrando a fragilidade de estudos que envolvam temas considerados “tabus”, e que apesar do caráter de confidencialidade e anonimato, pode gerar no participante o medo de ser identificado e sofrer algum tipo de represália ou constrangimento.

A escola se mostra como o local mais indicado para a realização de ações de promoção de saúde, devendo para isso favorecer o envolvimento do adolescente, da família e a da comunidade. Tendo em vista a necessidade da participação de todos na construção de projetos que proporcionem ao jovem, a perspectiva de um futuro melhor e com mais oportunidades.

O estudo apresentou como limitações a omissão de informações no preenchimento de algumas questões relevantes ao estudo; o público avaliado ter sido composto apenas por estudantes de escola pública, sendo possível a visualizações da violência em apenas um contexto.

Fica como sugestão a ampliação do estudo em outras unidades escolares públicas e privadas, pois assim poderá ser feita uma avaliação mais abrangente, onde os diferentes contexto de vida dos adolescentes poderão ser avaliados.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES C. A criança, o adolescente e a violência. **Resid Pediatr.** 2015;5(3 Supl.1):59-63. Disponível Em: <http://residenciapediatrica.com.br/detalhes/169/a-crianca--o-adolescente-e-a-violencia>. Acesso em: 28 Jun 2019.
- ALMEIDA, K. A. R. **Violência, relações afetivas e drogas: estudo com adolescentes em acolhimento institucional no Rio de Janeiro.** [Dissertação]. 2018. Universidade do Rio de Janeiro.
- BARROS, N. V. **Violência intrafamiliar contra criança e adolescente: trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social.** 2005. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. RJ. 2005.
- BESERRA, M. A. et al . Prevalence of school violence and use of alcohol and other drugs in adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, , v. 27, e3110, 2019 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100316&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jul. 2019. Epub 18-Mar-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2124.3110>
- BOCK.A. M. B. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)** • Volume 11 Número 1 Jan/Jun 2007.
- BRANCAGLIONI B.CA.; FONSECA R.M.G.S. Violência por parceiro íntimo na adolescência: uma análise de gênero e gerações. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(5):890-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0408>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/en_0034-7167-reben-69-05-0946.pdf. Acesso em: Nov, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 7 abr. 2013.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2010). **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 27 de agosto de 2016, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE . Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2015: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília: MS; 2016.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2015: uma análise da situação de saúde e das causas externas**. Brasília: MS; 2016.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). **Cadastro Nacional dos Conselhos Tutelares: Histórico, Objetivos, Metodologia e Resultados** / Andrei Suárez Dillon Soares (Org.) – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2019**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. IPEA. 2019.

CONDECA. Secretaria de desenvolvimento social. São Paulo, 2017. Disponível em:http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/institucional_condeca. Acesso em: Mai 2019.

ERCOSIM, S.M. Violência de gênero e saúde coletiva: um debate necessário. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 235-241, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/36212>. Acesso em: Jan. 2014.

FERRIANI, M. G. C. et al. **Vínculos institucionais para o enfrentamento da violência escolar: um estudo exploratório**. Esc. Anna Nery. Rio de Janeiro. v. 21, n. 4. 2017.

GIL, A.C. **Como elaborar projeto de pesquisa 6ª edição**. Atlas. 2017.

JIMENEZ, L; ADORNO, R; MARQUES, V. R. Drugs - Why do I want them? Drug Addiction and Adolescence According to Social Educators. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília. 2018.

KRUG, E.G. et al. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Geneva. Organização Mundial da Saúde.2002.

LINDA L. D; KRUG, G.E. Violência: um problema global de saúde pública. 2006. **Ciência & saúde coletiva**. 2006. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000500007&script=sci_arttext. Acesso em: Mai 2019.

LUNA, G. M. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 481-491, Mar. 2010.

MALTA D.C.et al. Bullying and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). **Rev Bras Epidemiol**. 2014.

MALTA, D.C. et al. Violências contra adolescentes nas capitais brasileiras, segundo inquérito em serviços de urgência. **Ciênc. saúde coletiva** vol.22 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2017.

MEDRONHO, R.A; WERNECK,G.L. **Análise de dados espaciais em saúde**. In: Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, editores. Epidemiologia. 2.ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2009. p.493-51.

MINAYO, MCS. **Um fenômeno de causalidade complexa**. In: **Violência e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde collection, pp. 12-23. ISBN 978-

85-7541-380-7. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807-02.pdf>. Acesso em: Nov. 2018.

MORESCHI, M.T. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas** – Documento eletrônico – Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018, 377p.

MOURA, L.R. **Fatores associados aos comportamentos de risco à saúde entre adolescentes brasileiros: uma revisão integrativa**. *Rev. esc. enferm. USP* vol.52 2018.

MOTA, R. S. et al. Adolescentes escolares: associação entre vivência de bullying e consumo de álcool/drogas. **Texto contexto - enferm.** 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300332. Acesso em: 30 Mai 2019.

MOTA, R. S. et al. Prevalence and factors associated with experience of intrafamilial violence by teenagers in school. **Rev. Bras. Enferm.** v. 71. n. 3. p. 1022-1029. jun. 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000501022&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 03 jul. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0546>.

NORDIO, S. Needs in child and maternal care: rational utilization and social medical resources. **Rivista Italiana di pediatria**, [S.l.], v. 4, p. 3-20, 1978.

OLIVEIRA, E.S.G. Adolescência, internet e tempo: desafios para a Educação. **Educar em Revista**. Curitiba, Brasil, n. 64, p. 283-298, abr./jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (BR). **Prevenindo a violência juvenil: um panorama das evidências 2015**. São Paulo. Núcleo de Estudos da Violência. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014**. Núcleo de Estudos da Violência. São Paulo. 2015.

PAIXÃO G.P.N., Santos N.J.S., Matos L.S.L., et al. Violência escolar: percepções de adolescentes. **Revista CUIDARTE**. 2014; 5(2):717-22.

PAPÁLIA, D. et al. **Desenvolvimento Humano** – 12ª. Ed. – Dados Eletrônicos – Porto Alegre: AMGH. 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=l6Y5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=related:tnU2Ot42OX4J:scholar.google.com/&ots=7BnHdlOV03&sig=kwFYtzM9Ft4vgLn2TBs4NSvpuUg#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: Abr. 2018.

PENSE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE**, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 02 out. 2018

PHEBO, L; MOURA, A. T. M. S. Violência urbana: um desafio para o pediatra. **J. Pediatr. (Rio J.)** Porto Alegre, v. 81, n. 5, supl. p. s189-s196, Nov 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700009. Acesso em: 30 Jun 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572005000700009>.

POLIT, D. F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem – Avaliação de evidências para a prática de enfermagem** - 9ª edição. Artmed. 2018.

SCHEK, G. et al. **Sentimentos vivenciados por profissionais que atuam em serviços de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e os efeitos na prática cotidiana.** 2018 jul. /Set. 10(3):764-769. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.764-769>. Acesso em: 15 out 2018.

SENNA, S.R.C.M; DESSEN, M.A. Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. **Psic. Saúde & Doenças.** Lisboa , v. 16, n. 2, p. 217-229, set. 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>. Acesso em: 24 Jun 2019.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 64, p. 177-188, Mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005007103&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 29 Mai 2019.

SOARES A.L. et al. **Adverse childhood experiences: prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort.** Child Abuse Negl [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 2]; 51:21-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4710615/pdf/main.pdf>. Acesso em: Out. 2018.

SOARES, M. R. Juventude e vulnerabilidade social. 2015. Dissertação (Mestrado em Educação). **Centro Universitário Salesiano de São Paulo.** Disponível em: https://unisal.br/wp-content/uploads/2016/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o_MARCOS-ROGERIO-SOARES.pdf. Acesso em: 20 Jun 2019.

TOLEDO, L. M.(Org.) **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde.** / organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza. - Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013

UNICEF. Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children [Internet]. New York: UNICEF; 2014 [cited 2017 Mar 2]. Disponível em: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis. Acesso em: Set. 2018.

UNICEF. Homicídios de crianças e adolescentes 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/homicidios-de-criancas-e-adolescentes>. Acesso em: 20 Jun 2019.

VILELA, L.F. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZACION (CH). **10 fatos sobre a prevenção da violência. 2017.** [internet]. Disponível: <https://www.who.int/features/factfiles/violence/en/> 2017. Acesso em: out. 2018.

APÊNDICE 1-
INSTRUMENTO DE COLETA (QUESTIONÁRIO)

QUESTIONÁRIO

Suas respostas são muito importante e serão mantidas no mais absoluto sigilo. Nenhuma pessoa terá acesso às suas respostas sem o seu consentimento, bem como seu questionário não revelará a sua identidade.

TEMÁTICA I – VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1	Idade	_ _ _
2	Sexo	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino
3	Série	<input type="radio"/> 1 ^a <input type="radio"/> 2 ^a <input type="radio"/> 3 ^a
4	Turno	<input type="radio"/> Manhã <input type="radio"/> Tarde <input type="radio"/> Noite
5	Mora com	<input type="radio"/> Sozinho(a) <input type="radio"/> Pais <input type="radio"/> Amigo(s) <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> irmão(s) <input type="radio"/> Outro
6	Nº de pessoas que mora com você	_ _ _
7	Você trabalhou ou recebeu bolsa nos últimos 6 meses?	<input type="radio"/> Trabalhei <input type="radio"/> Não trabalhei <input type="radio"/> Não recebi auxílio <input type="radio"/> Recebi bolsa-família <input type="radio"/> Recebi outro auxílio
8	Quem é o(a) chefe da família?	<input type="radio"/> Pai <input type="radio"/> Mãe <input type="radio"/> Avô(ó) <input type="radio"/> Tio(a) <input type="radio"/> Irmã(o) <input type="radio"/> Companheiro(a) <input type="radio"/> Outro
9	Qual é o grau de instrução do(a) chefe da família?	<input type="radio"/> Analfabeto <input type="radio"/> Fundamental <input type="radio"/> Médio <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Outro
10	Estado civil	<input type="radio"/> Solteiro(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Outro
11	Religião	<input type="radio"/> Nenhuma <input type="radio"/> Católica <input type="radio"/> Evangélica <input type="radio"/> Outra
12	Com relação à quantidade de comida que há em sua casa, você diria que	<input type="radio"/> É suficiente <input type="radio"/> Nem sempre é suficiente <input type="radio"/> É insuficiente <input type="radio"/> Não quer responder

TEMÁTICA III: Violência

Comportamento		SIM	NÃO
1	Você é uma pessoa feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Você briga muito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Você provoca muito as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Você tem um temperamento difícil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Você se aborrece facilmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Você ameaça ferir as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Você se arrisca ou faz coisas perigosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Você já se envolveu em alguma briga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Costuma resolver seus problemas com diálogo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você acha que os jovens de sua idade não gostam de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Você tem amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	É difícil fazer amizades em um grupo novo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	As pessoas tiram vantagens de você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Você tem medo de lutar pelos seus direitos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Você tem dificuldade de dizer não para as pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema Familiar			
1	Você tem discussões frequentes com seus pais?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2	Sua família dificilmente faz coisas juntas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Seus pais desconhecem as coisas que você gosta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Na sua casa faltam regras claras sobre o que você pode ou não fazer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Seus pais brigam muito entre si?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Seus pais frequentemente desconhecem onde você está e o que está fazendo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Seus pais estão fora de casa na maior parte do tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Seus pais atendem as suas necessidades (saúde, alimentação, educação...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Seus pais se preocupam com seu rendimento escolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Quando faz algo errado seus pais o castigam (agressão física/verbal)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Seus pais conversam com você sobre seus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Seus pais comemoram suas vitórias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Você se sente em seguro em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Segurança			
1	Você se sente seguro em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Você já foi vítima de algum tipo de violência em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Já sofreu algum tipo de ameaça em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Você se sente seguro no caminho de casa até a escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Já foi vítima de algum tipo de violência no trajeto de casa até a escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Você se sente seguro na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Você já foi de algum tipo de violência na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Já teve algum objeto roubado e/ou danificado na escola?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Você já foi forçado a fazer algo contra sua vontade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Você quando sai leva algum tipo de arma (faca, revólver, punhal)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Você já se envolveu em alguma briga na rua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexualidade			
1	Já manteve algum relacionamento sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Já teve mais de um parceiro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Usa camisinha durante a relação sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Já contraiu alguma doença sexualmente transmissível?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Já praticou sexo após álcool ou algum tipo de droga?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tipos de violência vivenciadas			
1	Violência física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Violência sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Negligência/abandono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Psicológica/emocional (ameaças/opressão)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Violência doméstica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Bullying	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

APÊNDICE 2- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) adolescente matriculado nesta instituição de ensino, por quem o (a) Sr. (a) é responsável legal, está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Análise do consumo de álcool e outras drogas e a relação com a violência presente no cotidiano de adolescentes escolares”**, que tem como objetivo: analisar os fatores de risco envolvidos com o uso de álcool e outras drogas e aspectos relacionados à violência em adolescentes de escolas públicas da rede estadual de Ensino Médio de Fortaleza. A participação do(a) adolescente não é obrigatória e, a qualquer momento, ele(a) poderá desistir de participar, bem como o responsável poderá retirar o seu consentimento. A desistência não acarretará nenhum prejuízo em sua relação ou na relação do (a) adolescente com as pesquisadoras ou com a instituição de ensino. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Os dados serão coletados por meio de um questionário com questões semiestruturadas sobre: variáveis sociodemográficas; consumo de álcool e outras drogas; e violência. O instrumento será aplicado em sala de aula, após explicação sobre o preenchimento e o sigilo das informações. Os dias e horários serão acordados com o Núcleo Gestor da escola, de modo a não prejudicar às aulas e/ou conteúdos escolares. O (a) adolescente deverá demorar aproximadamente 20 minutos para realizar a atividade. O (a) adolescente, por quem é responsável legal, responderá ao questionário, livre de simulação, fraude ou erro, dependência, subordinação ou intimidação, após esclarecimento completo e pormenorizado sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar. Caso sinta-se constrangido (a) ao responder as questões, poderá informar a qualquer tempo durante a aplicação do questionário e interromper seu preenchimento sem qualquer ônus na sua relação com a instituição de ensino e/ou com a pesquisadora. Como benefício, o (a) adolescente poderá tirar dúvidas a respeito dos temas da pesquisa e terá livre acesso ao resultado da mesma, caso tenha interesse.

Tendo em vista a importância da participação do(a) adolescente por quem é responsável legal nesta pesquisa, convido-o a autorizar a participação do(a) mesmo(a) neste estudo, sendo necessário esclarecer que: a participação do(a) adolescente por quem é responsável legal deverá ser de livre e espontânea vontade dele(a) e sua; os participantes do estudo não terão despesa de qualquer natureza; as identidades do adolescente, bem como a sua, responsável legal do(a) adolescente, serão mantidas em sigilo.

Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado acima, você, como responsável legal, deverá assinar este documento em duas vias, ficando uma com você e a outra com a pesquisadora.

Pesquisadora Responsável: Patrícia Neyva da Costa Pinheiro – Universidade Federal do Ceará – Departamento de Enfermagem
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza. CEP: 60.430-235
Telefone para contatos: (85) 3366.8461

Informo ainda, que diante de qualquer dúvida, é possível buscar esclarecimentos no Comitê de ética (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará situado na Rua Coronel Nunes de Melo, 1127. Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366-8344

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PELO SUJEITO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação e a do(a) adolescente por mim autorizado implicam, concordo em dele participar e, para isso, eu **DOU MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A)**.

Assinatura do(a) adolescente



Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Pesquisador

Assinatura do(a) responsável



Responsável pela aplicação do TCLE

Endereço do(a) participante voluntário(a): _____

Telefone: _____

APÊNDICE 3

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “**Análise do consumo de álcool e outras drogas e a relação com a violência presente no cotidiano de adolescentes escolares**”, que tem como objetivo: analisar os fatores de risco envolvidos com o uso de álcool e outras drogas e aspectos relacionados à violência em adolescentes de escolas públicas da rede estadual de Ensino Médio de Fortaleza. Os dados serão coletados por meio de um questionário, dividido em três temas: variáveis sociodemográficas; consumo de álcool e outras drogas, adaptado do DUSI-R (*Drug Use Screening Inventory*); e violência adaptado do GSHS (Pesquisa Global de Saúde Escolar). O questionário será aplicado em sala de aula, na presença de um(a) pesquisador(a), após explicação sobre o preenchimento e o sigilo das informações. Os dias e horários serão acordados com o Núcleo Gestor da escola, de modo a não prejudicar às aulas. Você deverá demorar aproximadamente 20 minutos para realizar a atividade. Este estudo apresenta risco mínimo. Caso sinta-se constrangido(a) com as perguntas do questionário, poderá nos informar e parar o preenchimento sem nenhum ônus na sua relação com a instituição de ensino ou com o(a) pesquisador(a). Como benefício, você poderá tirar dúvidas a respeito dos temas da pesquisa e terá livre acesso ao resultado da mesma, caso tenha interesse. Para participar desta pesquisa, o seu responsável deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento pela sua participação. O seu responsável poderá retirar a autorização ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e caso você se recuse em participar, não haverá qualquer mudança na forma em que é atendido(a) pelas pesquisadoras, que guardarão sua identidade. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação. Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa terminar e ficarão arquivados com as pesquisadoras responsáveis. Este termo de assentimento, em duas cópias, deverá ser assinado pelas pesquisadoras responsáveis e por você, sendo que uma cópia ficará com as pesquisadoras e a outra com você. Em caso de dúvidas, você poderá contactar a pesquisadora responsável:

Patrícia Neyva da Costa Pinheiro

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza. CEP.: 60.430-235

Tel.: (85) 3366 8461

Também podemos informá-los, diante de qualquer dúvida, através do Comitê de Ética (COMEPE) pelo telefone 3366-8344.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei pedir novas informações e o meu responsável poderá mudar a ideia sobre a minha participação. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Fortaleza, ____ de _____ de 2019

Assinatura do Adolescente

**ANEXO 1- CARTA DE ACEITE DA ESCOLA DE ENSINO MEDIO
DEPUTADO PAULO BENEVIDES**



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Educação

ESCOLA DE ENSINO MEDIO DEPUTADO PAULO BENEVIDES

INEP: 23075791

Rua Angélica Gurgel, 186, Messejana, Fortaleza-CE. CEP 60.871-030

Telefone: (85) 3101.2164

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins, que aceitamos que sejam desenvolvidas nesta unidade escolar as atividades referentes ao Projeto de pesquisa: “ANÁLISE DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA PRESENTE NO COTIDIANO DE ADOLESCENTES ESCOLARES”, sob a orientação da Professora/Pesquisadora Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, pelo período de Maio a Dezembro de 2019.

Fortaleza, 26 de março de 2019.

Jose Secundino Paulino Filho
Coordenador Escolar
D.O.E. Serie 3 - Ano X N° 106

Núcleo Gestor

ANEXO 2- SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

CARTA DE SOLICITAÇÃO DE APRECIÇÃO DE PROJETO AO COMITÊ DE
ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ –
CEP/UFC/PROPESQ


Ao: Dr. Fernando Antônio Frota Bezerra
Coordenador do CEP/UFC/PROPESQ

Em: 26 de março de 2019.

Solicitamos a V.Sa., apreciação e análise, junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará-CEP/UFC/PROPESQ, do projeto intitulado **“ANÁLISE DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A RELAÇÃO COM A VIOLÊNCIA PRESENTE NO COTIDIANO DE ADOLESCENTES ESCOLARES”**.

Os pesquisadores possuem inteira responsabilidade sobre os procedimentos para realização dessa pesquisa, bem como estão cientes e obedecerão aos preceitos éticos de pesquisa, pautados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,


Prof.^a. Dr.^a. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Pesquisador Principal


Prof.^a. Dr.^a. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
ORIENTADOR