UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARIA APARECIDA BESERRA

Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados

RIBEIRÃO PRETO

2015

MARIA APARECIDA BESERRA

Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientadora: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Beserra, Maria Aparecida
Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados. Ribeirão Preto, 2015.
153 p.: il. ; 30 cm.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Orientador: Maria das Graças Bomfim de Carvalho

1. Adolescente. 2. Comportamento. 3. Escola. 4. Fatores de risco. 5. Saúde. 6. Violência.

BESERRA, Maria Aparecida

Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho in memoriam aos meus pais, José Alves Beserra e Maria José Gonçalves Beserra.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela minha vida e por ter me dado forças para continuar diante dos difíceis momentos vivenciados em decorrência da perda dos meus pais. Certamente, a benção Divina conduziu os meus passos!

Aos adolescentes, que tornaram possível a realização deste trabalho de pesquisa.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho, pela dedicação, colaboração, e competência na condução deste estudo.

À Profa. Dra. Marta Angélica Iossi Silva e à Profa. Dra. Isabel Cristina Martins de Freitas, pelas sugestões que contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

A todos os docentes do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo carinho, pela atenção, e pelo exemplo de competência.

Aos dirigentes e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela colaboração e acolhimento.

Aos meus familiares, pelo incentivo e pela compreensão da minha ausência em suas vidas durante o período dedicado à realização deste trabalho.

Às minhas irmãs Ana Maria e Izabel, aos meus sobrinhos Fabiana e Amilcar, e à minha prima Valda, pela agradável companhia e pelo apoio na etapa final deste trabalho.

Aos colegas e amigos da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco, pelo apoio e incentivo constante.

À Cristina Rezende, Lygia Maria Pereira da Silva, Gorete Vasconcelos e Liliana Scatena, pela amizade e pela acolhida na cidade de Ribeirão Preto - SP.

Às amigas Suely Medeiros, Sinara Souza, Silvana S. Costa, Vera Rejane, Claudia Sena e Mirian Domingos, pelo apoio, pela força, e pelos conhecimentos compartilhados em diversos momentos desta caminhada.

Aos dirigentes da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco, pelo incentivo e pela minha liberação para a realização deste trabalho.

Aos dirigentes do Hospital Geral Otávio de Freitas, pela minha liberação enquanto enfermeira dessa Instituição.

À Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco, que constitui parte importante da minha vida e representa o estímulo maior para a renovação e o aprendizado.

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE), pela concessão da bolsa de doutorado no país, com duração de dois anos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo auxílio financeiro concedido para a realização deste estudo.

À Gerência Regional de Educação do Recife Norte (GRE-Norte), da Secretaria de Educação de Pernambuco, pela autorização concedida para a realização deste estudo nas Escolas Estaduais do Bairro de Santo Amaro, na Cidade do Recife - PE.

A todas as pessoas e instituições que, embora não tenham sido citadas, contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho de pesquisa.

RESUMO

BESERRA, M. A. **Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados**. 2015. 153 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introdução: O problema da violência tem chamado a atenção em diversos níveis da sociedade, especialmente no ambiente escolar. A escola é um lugar que permite a observação de questões relacionadas à socialização, promoção da cidadania e expressão de atitudes e opiniões, no qual o desenvolvimento pessoal e social dos alunos deve ser estimulado. **Objetivo:** Analisar a violência sofrida e/ou praticada por adolescentes no contexto escolar e os fatores individuais e ambientais associados. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, no qual os dados foram coletados utilizando-se dois questionários autoaplicáveis: o primeiro continha questões sociodemográficas e comportamentais e o segundo, questões relacionadas à violência sofrida e/ou praticada dentro do contexto escolar. A mostra foi composta por 643 adolescentes, com idades entre 12 e 18 anos, matriculados nos Ensinos Fundamental e Médio de escolas Estaduais da Cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. Os dados coletados foram organizados em planilhas eletrônicas, analisados quanto às distribuições absolutas e percentuais, e analisados estatisticamente com o auxílio do programa SPSS. A existência de associação entre duas variáveis categóricas foi avaliada utilizando-se o teste estatístico Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher, adotando-se a margem de erro de 5%, e o grau de associação entre as variáveis foi avaliado pela razão de prevalências e o respectivo intervalo de confiança (IC 95,0%). **Resultados:** Na população do estudo, a prevalência da violência na condição de vítima, de agressor, e de expectador foi de 62,2%, 51,9% e 82,3% da população do estudo, respectivamente. Os indivíduos do sexo masculino foram tanto os agressores (62,2%) quanto as vítimas (68,7%) mais frequentes da violência no ambiente escolar. O tipo de agressão relatado com maior frequência, na condição de vítima e de agressor, foi a violência verbal (54,2% e 55,6%, respectivamente), seguida pela violência física (24,0% e 33,5%, respectivamente). Os principais protagonistas da violência foram os colegas de sala (96,0%), sendo que 44,6% dos agressores referiram não querer mudar os seus comportamentos, e 26,3% dos adolescentes que presenciaram a agressão apoiaram

o agressor e riram da situação. A sala de aula foi o local de maior ocorrência de atos violentos, tanto praticados (49,7%) quanto sofridos (45,9%). Houve associação significativa da: (a) violência física sofrida e praticada com a faixa etária de 12-14 anos; (b) violência verbal sofrida e praticada com a faixa etária de 15-18 anos, sendo a última mais elevada em adolescentes do sexo feminino; (c) faixa etária de 15-18 anos com o consumo de álcool e de drogas ilícitas, a ideação suicida e a atividade sexual; (d) violência sofrida com a ideação suicida. **Conclusões**: Os resultados obtidos apontam para o fato de que o envolvimento dos adolescentes em situações de violência contribui para a adoção de outros comportamentos negativos, com reflexos em sua saúde presente e futura. O conhecimento da violência escolar associada à exposição dos adolescentes a comportamentos de risco servirão de subsídio para ações que visem o desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis e da autoestima desta população.

Descritores: Adolescente, comportamento, escola, fatores de risco, saúde, violência.

ABSTRACT

BESERRA, M. A. **Violence during adolescence in the school context and associated factors.** 2015. 153 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introduction: Violence has called attention as a problem at different social levels, especially in the school environment. The school is a place that permits observing issues related to socialization, promotion of citizenship, expression of attitudes and opinions, in which the students' personal and social development should be stimulated. **Objective:** To analyze the violence adolescents suffer and/or practice in the school context and the individual and environmental factors associated. **Methods:** A cross-sectional study was undertaken, in which the data were collected using two self-applied questionnaires: the first contained sociodemographic and behavioral questions, and the second contained questions related to the violence suffered and/or practiced in the school context. The sample consisted of 643 adolescents, between 12 and 18 years of age, enrolled in primary and secondary education at state-owned schools in the city of Recife, State of Pernambuco, Brazil. The collected data were organized in electronic worksheets, their absolute and percentage distribution were analyzed and statistical analysis was applied using the software SPSS. The Chi-square test or Fisher's Exact test was used to assess the existence of association between two categorical variables, with a 5% error margin. The prevalence ratio and respective confidence interval (95% CI) were used to assess the degree of association between the variables. **Results:** In the study population, the prevalence of violence in the condition of victim, aggressor and spectator corresponded to 62.2%, 51.9% and 82.3%, respectively. Male individuals acted as the most frequent aggressors (62.2%) as well as victims (68.7%) in the school context. The most frequent type of aggression mentioned, in the condition of victim and aggressor, was verbal violence (54.2% and 55.6%, respectively), followed by physical violence (24.0% and 33.5%, respectively). The main protagonists of the violence were classmates (96.0%), with 44.6% of the aggressors mentioning that they do not want to change their behaviors and 26.3% of the adolescents who were present at the aggression supporting the aggressor and laughing at the situation. The

classroom was the most frequent location of violent acts, both practiced (49.7%) and suffered (45.9%). A significant association was found between: (a) physical violence (both suffered and practiced) and age range between 12 and 14 years old; (b) verbal violence (both suffered and practiced) and age range between 15 and 18 years old - the latter was higher in female adolescents; (c) age range between 15 and 18 years old and alcohol and illegal drug consumption, suicidal thinking and sexual activity; (d) violence suffered and suicidal thinking. **Conclusions:** The results point to the fact that the adolescents' involvement in situations of violence contributes to the adoption of other negative behaviors, with reflexes in their present and future health. Knowledge about school violence associated with the adolescents' exposure to risk behaviors will support actions aimed at the development of healthy social skills and self-esteem in this population.

Descriptors: Adolescent, behavior, school, risk factors, health, violence.

RESUMEN

BESERRA, M. A. **Violencia en la adolescencia dentro del contexto escolar y factores asociados.** 2015. 153 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Introducción: El problema de la violencia ha suscitado atención en diversos niveles de la sociedad, especialmente en el ambiente escolar. La escuela es un lugar que permite observar cuestiones relacionadas a la socialización, promoción de la ciudadanía, expresión de actitudes y opiniones, en el cual el desarrollo personal y social de los alumnos debe ser estimulado. **Objetivo:** Analizar la violencia sufrida y/o practicada por adolescentes en el contexto escolar y los factores individuales y ambientales asociados. **Métodos:** Se trata de un estudio trasversal, en el cual los datos fueron recolectados mediante dos cuestionarios auto-aplicables: el primero contenía preguntas sociodemográficas y de comportamiento y el segundo preguntas relacionadas a la violencia sufrida y/o practicada dentro del contexto escolar. La muestra estuvo integrada por 643 adolescentes, con edades entre 12 y 18 años, matriculados en la educación primaria y secundaria de escuelas estaduales de la ciudad de Recife, estado de Pernambuco, Brasil. Los datos recolectados fueron organizados en hojas electrónicas, analizados respecto a las distribuciones absolutas y porcentuales, y analizados estadísticamente con ayuda del programa SPSS. La existencia de asociación entre dos variables categóricas fue evaluada utilizándose la prueba estadística Ji-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, con margen de error del 5%, y el grado de asociación entre las variables fue evaluado mediante la razón de prevalencias y el respectivo intervalo de confianza (IC 95,0%). **Resultados:** En la población estudiada, la prevalencia de la violencia en la condición de víctima, agresor y espectador correspondió al 62,2%, 51,9% y 82,3%, respectivamente. Los individuos del sexo masculino fueron tanto los agresores (62,2%) como las víctimas (68,7%) más frecuentes de la violencia en el ambiente escolar. El tipo de agresión relatado con mayor frecuencia en la condición de víctima y de agresor fue la violencia verbal (54,2% y 55,6%, respectivamente), seguida por la violencia física (24,0% y 33,5%, respectivamente). Los principales protagonistas de la violencia fueron los colegas de clase (96,0%), siendo que 44,6% de los

agresores indicaron no querer cambiar sus comportamientos, y 26,3% de los adolescentes que presenciaron la agresión apoyaron al agresor y rieron de la situación. La clase fue el local de mayor ocurrencia de actos violentos, tanto practicados (49,7%) como sufridos (45,9%). Fue encontrada asociación significativa de la: (a) violencia física sufrida y practicada con el rango de edad de 12-14 años; (b) violencia verbal sufrida y practicada con el rango de edad de 15-18 años, siendo la última más alta en adolescentes del sexo femenino; (c) rango de edad de 15-18 años con el consumo de alcohol y de drogas ilícitas, el pensamiento suicida y la actividad sexual; (d) violencia sufrida con pensamiento suicida. **Conclusiones:** Los resultados alcanzados indican el hecho de que el involucramiento de los adolescentes en situaciones de violencia contribuye hacia la adopción de otros comportamientos negativos, con reflejos en su salud presente y futura. El conocimiento de la violencia escolar asociada a la exposición de los adolescentes a comportamientos de riesgo apoyará acciones que visan al desarrollo de habilidades sociales saludables y de la autoestima en esta población.

Descriptores: Adolescente, comportamiento, escuela, factores de riesgo, salud, violencia.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo ecológico da violência proposto pela Organização Mundial da Saúde 38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição absoluta e relativa de alunos por escola e turno letivo. Recife - PE, 2013 54

Tabela 2 - Distribuição absoluta e relativa de alunos na amostra por escola e turno letivo. Recife - PE, 2013 54

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da população do estudo. Recife - PE, 2013 60

Tabela 4 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato de terem sido vítimas de violência na escola. Recife - PE, 2013 63

Tabela 5 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato terem presenciado algum ato de violência na escola. Recife - PE, 2013 66

Tabela 6 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato dos adolescentes terem sido os autores do(s) ato(s) de violência na escola. Recife - PE, 2013 67

Tabela 7 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao apoio familiar e relacionamento interpessoal dentro e fora da escola. Recife - PE, 2013..... 71

Tabela 8 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Recife - PE, 2013 73

Tabela 9 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao hábito do tabagismo. Recife - PE, 2013 75

Tabela 10 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas aos sentimentos e relacionamentos. Recife - PE, 2013 77

Tabela 11 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas às atividades de lazer. Recife - PE, 2013 78

Tabela 12 - Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao comportamento sexual. Recife - PE, 2013 80

Tabela 13 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas do índice de violência sofrida, segundo os dados sociodemográficos. Recife - PE, 2013..... 82

Tabela 14 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas do índice de violência praticada, segundo os dados sociodemográficos. Recife - PE, 2013 83

Tabela 15 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas do uso de álcool, do uso de drogas ilícitas, da ideação suicida e da atividade sexual, segundo a faixa etária. Recife - PE, 2013..... 85

Tabela 16 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas da tipologia da agressão sofrida e da agressão praticada no ambiente escolar, segundo a faixa etária. Recife - PE, 2013..... 86

Tabela 17 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas do uso de álcool, do uso de drogas ilícitas, da ideação suicida e da atividade sexual, segundo o sexo dos adolescentes. Recife - PE, 2013..... 88

Tabela 18 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas da tipologia da agressão sofrida e da agressão praticada no ambiente escolar, segundo o sexo dos adolescentes. Recife - PE, 2013..... 89

Tabela 19 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas da violência sofrida, segundo cada uma das variáveis: uso de álcool, uso de drogas ilícitas, ideação suicida e atividade sexual. Recife - PE, 2013 90

Tabela 20 - Análise bivariada e razões de prevalências brutas de violência praticada, segundo cada uma das variáveis: uso de álcool, uso de drogas ilícitas, ideação suicida e atividade sexual. Recife - PE, 2013..... 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
OMS	Organização Mundial da Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
RP	Razão de prevalências

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 19

2. OBJETIVOS 26
2.1. Objetivo geral 27
2.2. Objetivos específicos..... 27

3. MARCO TEÓRICO..... 28
3.1. A adolescência: definições e características 29
3.2. Violência escolar na adolescência 35
3.3. Comportamentos de risco para a saúde do adolescente 39
3.4. Promoção da saúde do adolescente 43

4. MÉTODO..... 50
4.1. Natureza do estudo 51
4.2. Campo de estudo 51
4.3. Participantes do estudo 52
4.4. Amostra do estudo 52
4.5. Coleta de dados 55
4.6. Variáveis..... 55
4.6.1. Variáveis-desfecho 55
4.6.2. Variáveis explicativas 56
4.7. Análise dos dados 56
4.8. Aspectos éticos 56

5. RESULTADOS 58
5.1. Resultados da análise descritiva 59
5.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra 59
5.1.2. Caracterização dos adolescentes segundo segundo o envolvimento em situações de violência no contexto escolar 62
5.1.3. Caracterização dos adolescentes segundo o apoio familiar e relacionamento interpessoal dentro e fora da escola..... 70

5.1.4. Caracterização dos adolescentes segundo o consumo de álcool e drogas 72
5.1.5. Caracterização dos adolescentes segundo os hábitos de tabagismo 74
5.1.6. Caracterização dos adolescentes segundo os seus sentimentos e relacionamentos 76
5.1.7. Caracterização dos adolescentes segundo as suas atividades de lazer 78
5.1.8. Caracterização dos adolescentes segundo o seu comportamento sexual 79
5.2. Resultados da fase analítica 81
5.2.1. Análise bivariada da associação das variáveis resposta com as variáveis sociodemográficas 81

6. DISCUSSÃO 92

7. CONCLUSÃO 104

REFERÊNCIAS 108

APÊNDICES 131

ANEXOS 135

1. Introdução

A violência é um problema social grave que atinge diferentes populações e precisa ser estudada transversalmente. Esta temática complexa e abrangente tem integrado a pauta de discussões e preocupações no Brasil e em vários países. A repercussão de suas consequências nas famílias, especialmente entre adolescentes e jovens, tem atingindo a sociedade de um modo geral e levado estudiosos e pesquisadores a explorar o tema visando a identificação de sua multicausalidade e de possíveis mecanismos de enfrentamento (MINAYO, 2007). Esse fenômeno não pode ser sustentado e banalizado pela cotidianidade, principalmente quando ocorre em um ambiente como a escola, que é uma das instituições responsáveis pela formação psicossocial das crianças e dos adolescentes.

O termo violência pode ser compreendido como um ato de força, impetuosidade, acometimento, brutalidade ou veemência (PLÁCIDO E SILVA, 2009). As diversas formas de violência cometidas contra crianças e adolescentes, classificadas como física, psicológica, sexual e negligência, estão entre os problemas mais pungentes que os profissionais de saúde têm enfrentado no Brasil (FALEIROS; FALEIROS, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS) tipifica a violência contra crianças e adolescentes como autoinfligida, interpessoal e coletiva (BRASIL, 2005). Em relação ao espaço em que ocorre, a violência pode ser classificada como doméstica, urbana e institucional, sendo esta última associada às condições inerentes aos locais onde ocorre, tais como escolas, abrigos e instituições de saúde (FALEIROS; FALEIROS, 2007; MINAYO, 2006). O presente trabalho é direcionado ao estudo da violência institucional, tendo como cenário o ambiente escolar.

Neste sentido, a escola, como agência socializadora e mediadora dos conhecimentos socialmente adquiridos pela sociedade, sofre com o fenômeno da violência estudantil, manifestado através de cenas de agressividade entre alunos, tráfico de drogas, furtos, indisciplina, depredações do ambiente, e desrespeito aos profissionais que nela atuam (PIGATTO, 2010). A violência que se materializa em diversos espaços sociais e que, nos últimos anos, tem sido frequente no ambiente escolar, contradiz o papel da escola. A escola é um espaço privilegiado para a construção da cidadania, onde um convívio harmonioso deve ser capaz de garantir o respeito aos direitos humanos e educar a todos no sentido de evitar as manifestações da violência (FALEIROS; FALEIROS, 2007).

O presente trabalho de pesquisa apoia-se no estudo de Stelko-Pereira e Williams (2010), que ressalta que a violência escolar incorpora tanto a perspectiva mais explícita da violência, como a agressão entre indivíduos, quanto a violência simbólica que ocorre por meio das regras, normas e hábitos culturais de uma sociedade desigual. Estes autores recomendam que o uso do termo violência escolar deve estar associado à indicação: (i) do local de ocorrência das situações de violência; (ii) de quais indivíduos estão envolvidos e se estes são autores, vítimas e/ou testemunhas; (iii) da tipologia dos atos violentos; e (iv) da possível especificidade dos episódios violentos, como o *bullying* e o *cyberbullying* (STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2010).

Alguns aspectos explicativos ou associativos da violência escolar descritos na literatura são (NUNES; ABRAMOVAY, 2003[1] *apud* MARRIEL et al., 2006):

- Gênero – meninos se envolvem mais em situações de violência, sejam como vítimas ou como autores;
- Idade – o comportamento agressivo está associado ao ciclo etário;
- Etnia – resistência dos alunos de minorias étnicas ao tratamento discriminatório por parte de colegas e professores;
- Família – alvo de controvérsia, especialmente pelas “características sociais das famílias violentas”;
- Ambiente externo – comunidades com sinais de abandono ou decadência estão mais vulneráveis à violência;
- Insatisfação/frustração com as instituições e a gestão pública – falta de equipamentos e recursos didáticos e humanos, além da baixa qualidade do ensino;
- Exclusão social – restrições à incorporação de parte da população à comunidade política e social;
- Exercício de poder – desestímulo e discriminações, que contribuem para desrespeitar os direitos humanos dos alunos à proteção.

[1] NUNES, M. F. R; ABRAMOVAY, M. **Escolas inovadoras**: experiências bem-sucedidas em escolas públicas. Brasília: Unesco; Fundação W. K. Kellogg; Unirio, 2003.

Para que se entenda a violência escolar, enquanto fenômeno de diferentes expressões e múltiplas causas, é preciso levar em consideração os fatores externos e internos à instituição de ensino, citados anteriormente. O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à violência inicia-se com a identificação de sua ocorrência no contexto e a mensuração de sua magnitude e tipologia. As medidas de frequência, prevalência e características da violência escolar são dados indispensáveis para o conhecimento do fenômeno, pois podem colaborar na identificação de ações importantes a serem desenvolvidas no âmbito da saúde pública e da educação (MALTA et al., 2010a). Baseado no entendimento de que a violência no contexto escolar traz prejuízos à saúde de todos os indivíduos envolvidos, especialmente das crianças e dos adolescentes, o presente estudo incidirá pela investigação dentro do contexto da saúde pública, tendo como foco o adolescente.

A adolescência, que de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil abrange o período de vida do indivíduo compreendido entre 10 e 19 anos de idade completos (BRASIL, 2010a), caracteriza-se pela necessidade de confrontar, de experimentar limites, ou mesmo transgredi-los, constituindo um espaço de conquista, afirmação e relações, que deve ser vivido individualmente ou em grupo (BRASIL, 2014). O desejo de vivenciar experiências novas coexiste com o sentimento de invulnerabilidade e com o desejo de testar limites, e, muitas vezes, o adolescente toma atitudes ariscadas. Nesta dimensão de vivências e relações, o espaço escolar poderá interferir positiva ou negativamente na qualidade de vida de todos os sujeitos envolvidos, em particular dos adolescentes (SILVA; DEUS, 2005).

Os modelos de investigação de comportamentos de risco são frequentemente desenvolvidos a partir de questionários que investigam a relação de práticas sociais arriscadas e/ou vitimizações com as características dos respondentes (DEBARBIEUX, 2006). De acordo com Blaya (2006, p.79):

> A abordagem dos fatores de risco consiste em identificar os fatores que favorecem o aparecimento de distúrbios de comportamento nos indivíduos num dado contexto, em avaliar o valor preditivo do diagnóstico a fim de estabelecer e implantar programas de prevenção ou intervenção. Assim, com base nos fatores de risco identificados, é possível evidenciar fatores de proteção, ou seja, elementos que previnem o aparecimento do problema estudado e o permitem a resiliência em determinados indivíduo.

Os fatores de risco são agrupados de acordo com sua natureza ou origem: pessoal, genética, familiar, escolar, social ou econômica (VITARO; GAGNON, 2000). No presente estudo serão elencados como comportamentos de risco os fatores relacionados ao estilo de vida dos adolescentes, tais como uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas, bem como aos comportamentos violentos considerados preditores do ato violento. No Brasil, a análise dessas variáveis pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada no ano de 2009, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009), revelou que 71,4% dos escolares já experimentaram bebida alcoólica alguma vez. A adoção do estilo de vida saudável por jovens mostrou associação com a diminuição do risco relativo de os mesmos serem frequentemente intimidados e vitimizados (TURAGABECI; NAKAMURA; TAKANO, 2008). De acordo com os dados da PeNSE realizada no ano de 2012, 15,9% dos estudantes sofreram agressão física nos últimos doze meses que antecederam a realização da pesquisa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Comparando-se os dados da PeNSE de 2009 e 2012, nota-se o aumento da prevalência em todas as variáveis relativas às situações de violência envolvendo estudantes, bem como da gravidade das situações de violência experimentadas pelos adolescentes (MALTA et al., 2014a).

A comunidade científica avançou muito no plano da compreensão dos mecanismos que produzem a violência escolar. Entretanto, há poucos estudos que exploram a existência de associação entre a violência e outros fatores de ordem individual e social que expõem os adolescentes a comportamentos de risco. Segundo Debarbieux (2006, p.272), “as abordagens dos fatores comportamentais de risco e as abordagens contextuais completam-se uma a outra através de uma visão não fatalista”. Segundo Goldenberg (2007, p. 36), “cada indivíduo é uma síntese individualizada e ativa de uma sociedade, uma reapropriação singular do universo social e histórico que o envolve”. Nessa dimensão, é fundamental trabalhar o comportamento dos adolescentes no espaço escolar, visando identificar os fatores de risco e de proteção aos quais esses indivíduos estão expostos.

Debarbieux (2006, p.272) destaca que “o papel da acumulação dos fatores comportamentais de risco, misturado a um contexto socioeconômico, sistematicamente agravador do fenômeno devido à exclusão social, é algo amplamente demonstrado” nos estudos. A parte assumida pela própria escola e pelo

seu contexto pedagógico é igualmente importante. Embora haja esperança na ação, deve-se compreender que os contextos nacionais influenciam os fatores de risco ou de proteção (DEBARBIEUX, 2006).

A escola constitui um espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando exerce seu papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e de qualidade de vida, e a opção por atitudes mais saudáveis (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). Tendo em vista a complexidade do fenômeno da violência para a saúde pública, torna-se fundamental o desenvolvimento de pesquisas que contribuam para o planejamento, a implementação e a avaliação de ações de caráter interdisciplinar e intersetorial, buscando uma abordagem voltada para a promoção da saúde. Vários estudos desenvolvidos dentro das perspectivas mencionadas indicam a necessidade de um olhar mais atento, direcionado às situações vivenciadas pelos adolescentes em sua rotina diária nos vários espaços sociais (ANDRADE et al., 2012; BONFIM et al., 2011; MALTA et al., 2014b).

Nesse contexto, o Núcleo de Estudo da Violência e Promoção da Saúde da Universidade de Pernambuco vem desenvolvendo pesquisas sobre a violência doméstica contra crianças e adolescentes, com foco na promoção da saúde. Um desses estudos resultou em uma dissertação de mestrado, cujo tema central é a representação do profissional de saúde na violência doméstica contra crianças e adolescentes (BESERRA, 2000). Os conhecimentos advindos dos estudos do referido Núcleo passaram a ser disseminados através de cursos de “capacitação de prevenção e enfretamento da violência contra criança e adolescente”, oferecidos a profissionais das áreas de saúde e educação. Os relatos dos participantes durante as atividades dos cursos de capacitação evidenciaram a gravidade da problemática da violência escolar na vida das crianças e dos adolescentes, assim como o despreparo dos professores em lidar com essa questão – estes profissionais frequentemente exteriorizavam sentimentos de medo e impotência. Para compreender melhor esta problemática, torna-se imprescindível desenvolver novos estudos em relação ao fenômeno da violência no contexto escolar.

A literatura atual ainda carece de estudos direcionados à exploração da violência no contexto escolar no cenário brasileiro, dentro da perspectiva do Setor Saúde. Um recente estudo de revisão integrativa da literatura relata que, no período

de janeiro de 2000 a fevereiro de 2012, foram publicados apenas dois estudos sobre este tema no cenário brasileiro (BESERRA et al., 2015). Partindo desta inquietação, a autora do presente estudo identificou a possibilidade da atuação da área da saúde, em particular da Enfermagem, na investigação do fenômeno da violência no contexto escolar, como ferramenta que colaborará na implementação de estratégias que possam contribuir para prevenir a violência escolar e mitigar as suas consequências na vida dos adolescentes.

A área da saúde não pode se manter alheia à situação da violência, sendo justificável a atuação dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações preventivas e a sua participação ativa no processo de enfrentamento do problema da violência na escola e em outros espaços (CARMO; HARADA, 2006). Hoje, são inúmeros os cenários nos quais a Enfermagem atua, e são várias as modalidades de cuidados que podem desencadear ações tanto de prevenção da violência quanto de promoção da saúde. Dentre os possíveis locais para o desenvolvimento de tais ações, pode-se citar as instituições de educação infantil e as escolas como locais privilegiados (GOMES; FONSECA, 2005). Diversos grupos de pesquisa têm contribuído para o entendimento e a disseminação do conhecimento acerca do papel dos enfermeiros no enfrentamento e na prevenção da violência no contexto escolar (BRANDÃO NETO et al., 2014; MONTEIRO; VIEIRA, 2010; SILVA, MELLO, e CARLOS, 2010).

Acreditando no papel relevante que a Enfermagem tem na construção de uma sociedade saudável, a autora escolheu a escola como cenário para o desenvolvimento do presente estudo, com base na hipótese de que a violência vivenciada no contexto escolar está associada a fatores individuais e ambientais que podem prejudicar a saúde dos adolescentes. Para validar esta hipótese, foi desenvolvida uma pesquisa descritiva transversal, investigando a associação das situações de violência no contexto escolar com os fatores comportamentais individuais e os fatores ambientais.

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral

Analisar a violência sofrida e/ou praticada por adolescentes no contexto escolar na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, e os fatores individuais e ambientais associados.

2.2. Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de violência sofrida e/ou praticada por adolescentes no ambiente escolar.
- Traçar o perfil epidemiológico dos adolescentes vítimas ou vitimizadores da violência, através das variáveis socioeconômicas e demográficas.
- Identificar os tipos de violência sofrida e/ou praticada por adolescentes no contexto escolar e os fatores associados à ocorrência dos mesmos, tais como: uso de álcool, drogas e tabaco, atividade sexual, ideação suicida, atividades de lazer, e relacionamento interpessoal.

3. Marco Teórico

Levando em consideração a necessidade de fundamentação teórica para o alcance do objeto de pesquisa em sua amplitude, o presente capítulo abordará quatro temas. Primeiramente, serão apresentadas as definições e características da adolescência. Em seguida, serão apresentados as categorias e os níveis de violência escolar, bem como o panorama da violência escolar nos cenários brasileiro e mundial. Os temas seguintes discorrerão sobre os comportamentos de risco para a saúde do adolescente e as ações necessárias para a promoção da saúde dos mesmos.

3.1. A adolescência: definições e características

A faixa etária correspondente à adolescência varia conforme o órgão oficial. Nestes termos, a adolescência foi definida pela OMS como o período que vai de 10 a 19 anos, ou seja, a segunda década de vida das pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescentes os indivíduos com idades entre 15 e 24 anos (EISENSTEIN, 2005). No Brasil, órgãos oficiais como o Ministério da Saúde e o IBGE consideram adolescentes os indivíduos com 10-19 e 12-18 anos de idade, respectivamente (BRASIL, 2010a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). No presente estudo, será adotada a faixa etária preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de 12 a 18 anos de idade (BRASIL, 2014).

A adolescência não tem um início e um fim bem definidos. A delimitação deste período da vida ultrapassa os aspectos cronológicos e biológicos e esbarra em condições sociais, culturais, históricas e psicológicas específicas (SENNA; DESSEN, 2012). A concepção de adolescência pode ser construída a partir da realidade objetiva e concreta e, portanto, fatores como classe social, etnia, sexo, idade e cultura são importantes na construção do sentido de ser adolescente (OZELLA; AGUIAR, 2008). Neste período da vida, o indivíduo se esforça para alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005). Portanto, estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, bem como no aspecto psicológico (FERREIRA et al., 2007).

Didaticamente, a adolescência pode ser dividida em três fases de desenvolvimento psicossocial: adolescência precoce, entre 10 e 13 anos; adolescência intermediária, entre 14 e 17 anos; e adolescência tardia, entre 17 e 21 anos (RADZIK; SHERER; NEINSTEIN, 2002; SAWYER et al., 2012). De acordo com o critério biológico ou físico, a adolescência corresponde ao período que vai desde o início da puberdade, caracterizada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários e pelo início da aceleração do crescimento corporal, até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo, ou seja, quando ocorre a parada do crescimento e o estabelecimento da função reprodutora (COLLI, 2002; SOLIMAN et al., 2014).

A puberdade, considerada uma etapa inicial ou biológica da adolescência, caracteriza-se pela ocorrência de dois tipos de mudanças no sistema reprodutivo. Em primeiro lugar, os órgãos sexuais – ovários, útero e vagina nas meninas, e testículos, próstata e glândulas seminais nos meninos –, sofrem mudanças estruturais marcantes. Em segundo lugar, desenvolvem-se as características sexuais secundárias: nas meninas, ocorre o aumento das mamas e o aparecimento dos pelos pubianos e axilares; nos meninos, ocorre o aumento do tamanho da genitália, do pênis, dos testículos e da bolsa escrotal, além do aparecimento dos pelos pubianos, axilares e faciais, e da mudança do timbre da voz (EISENSTEIN; COELHO, 2008; SANTROCK, 2014). Paralelamente à maturação sexual, em ambos os sexos são observadas outras mudanças biológicas, como as alterações no tamanho, na forma, nas dimensões e na composição corporais (quantidade da massa muscular e de tecido adiposo) e na velocidade de crescimento, que é o chamado estirão puberal. Este processo de maturação corporal, marcado por alterações em diversas funções orgânicas, e que ocorre simultaneamente com as transformações comportamentais e psicossociais, representa a adolescência (EISENSTEIN; COELHO, 2008; SANTROCK, 2014).

É importante enfatizar que o período de manifestação da adolescência é variável, em função das próprias características da diversidade humana e da variabilidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nessa época, denominadas de “assincronias de maturação” (EISENSTEIN, 1994; SOLIMAN et al., 2014). Por este motivo, a idade cronológica, embora seja amplamente utilizada, não é o melhor critério descritivo para os adolescentes em estudos clínicos e

comunitários que se refiram aos aspectos biopsicossociais da adolescência (EISENSTEIN, 1994).

A adolescência é parte do curso da vida e, como tal, não é um período isolado do desenvolvimento. Embora tenha algumas características únicas, o que acontece durante a adolescência está conectado com o desenvolvimento e as experiências vivenciadas (SANTROCK, 2014). Nesse sentido, a adolescência não deve ser tomada apenas como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e no desenvolvimento físico-mental, pois as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais, históricos, políticos e econômicos nos quais os sujeitos estão imersos (STRELHOW; BUENO; CÂMARA, 2010). A exploração e a experimentação de processos nesta fase da vida podem ter consequências positivas ou negativas permanentes (COLE; COLE, 2004; GALLAHUE; OZMUN, 2005; ALMEIDA FILHO, 2007).

Atualmente, o conceito de adolescência se estende para além das transformações biológicas e psíquicas, incorporando as ideias da construção social dessa etapa da vida e da multiplicidade de formas como ela é vivenciada. Não se fala mais da adolescência, no singular, mas de adolescências, no plural, devido ao fato de que as experiências de ser adolescente, sejam no plano físico, psíquico ou social, são distintas para cada menino ou menina (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011; ROEHRS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010; ROZENBERG, 2010). As experiências individuais são influenciadas por vários fatores, por exemplo o lugar onde o adolescente vive e a forma pela qual interage com outros indivíduos no ambiente familiar, na escola, no bairro e/ou cidade onde mora. Nesta discussão, a educação, o trabalho e a saúde passam a representar o “locus” onde a ideologia do mundo adulto é oferecida ao adolescente para ser absorvida e, dependendo de como esta relação acontece, verifica-se uma adesão sem questionamentos (RUZANY, 2008).

A nova geração de adolescentes e jovens, mais conhecida como “geração do milênio”, “geração Y” ou “geração da internet”, tem se desenvolvido num período marcado por grandes avanços tecnológicos e por transformações rápidas no estilo de vida em sociedade e nas relações familiares, escolares e comunitárias. São adolescentes e jovens que, embora tenham sido, de modo geral, beneficiados pelas conquistas globais obtidas em áreas como o combate à desnutrição e à mortalidade

infantil e o acesso à educação, saúde, água potável, moradia e saneamento básico, ainda enfrentam problemas como incertezas econômicas, desemprego juvenil, pobreza e desigualdades territoriais, de gênero, raça e etnia (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2014).

No Brasil, com tamanha diversidade e disparidades regionais, étnicas, culturais e socioeconômicas, essas adolescências reúnem uma pluralidade de possibilidades, expectativas, experiências, significados e desafios para a garantia do direito de ser adolescente (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011). Reconhecer a complexidade que envolve a problemática social, cultural e étnica é o primeiro passo para enfrentá-la. A escola tem um papel fundamental a desempenhar nesse enfrentamento, pois é um espaço que propicia a convivência entre estudantes de diferentes origens, com costumes e dogmas religiosos diferentes daqueles que cada um conhece, com visões de mundo diversas daquela que compartilha em família (FREIRE; AIRES, 2012). Para que se conquiste a inclusão social, a educação escolar deve fundamentar-se na ética e nos valores da liberdade, na justiça social, na pluralidade, na solidariedade e na sustentabilidade, cuja finalidade é o pleno desenvolvimento de seus sujeitos, nas dimensões individual e social de cidadãos conscientes de seus direitos e deveres, compromissados com a transformação social (BRASIL, 2013a).

Para assegurar o direito de ser adolescente de forma saudável, estimulante e protegida, a presença dos adultos é crucial, sejam eles pais, educadores, parentes, amigos, vizinhos, autoridades ou pessoas que de alguma forma convivem com essas garotas e garotos. Tais adultos precisam assumir uma perspectiva pedagógica, de diálogo, de respeito e de referência para a construção de limites e de cuidados para com os adolescentes, assegurando o seu desenvolvimento integral (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Visto que a atenção ao adolescente remete para a questão da normatização dos costumes e condutas, tendo como referência uma variação entre o tradicional e o correto, não se pode pensá-la fora do âmbito da ética. Neste caso, a sociedade definida como um conjunto de indivíduos adultos “donos” de uma ordem vigente em cada cultura, leva ao adolescente sua ideologia de normas, atitudes e práticas que, sem dúvida, influenciarão positiva ou negativamente a sua formação. Portanto, é de vital importância problematizar o desenho organizacional da instituição escolar, a

qual não tem conseguido, muitas vezes, responder às singularidades dos sujeitos que a compõem (BRASIL, 2013a; RUZANY, 2008).

O processo de adolescer tem, na microssociedade do ambiente familiar, o *lócus* privilegiado de relações primárias, onde deve ser criado um espaço para a contestação, o acolhimento carinhoso das dúvidas e incertezas, e o desenvolvimento da capacidade de superar as diferenças que surgirão por força da estruturação de uma nova personalidade. Entretanto, a família também é vista como geradora e produtora de várias formas de violência que prejudicam ou inibem o crescimento e o desenvolvimento infanto-juvenil, potencializando a violência social (GOMES et al., 2010).

A presença adulta na vida dos adolescentes deve auxiliar na promoção do diálogo entre gerações e na transformação de ideias em propostas. Os adolescentes têm muita energia e criatividade, mas os adultos têm maior repertório e leque de práticas e devem, portanto, assumir uma postura de troca de histórias e experiências perante os adolescentes (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011). A existência de fronteiras flexíveis entre pais e filhos permitem a aproximação dos adolescentes nos momentos em que não conseguirem manejar as coisas sozinhos, assim como o seu processo de afastamento, que possibilitar-lhes-á experimentar graus crescentes de independência quando se considerarem prontos para isso. Esta etapa exige esforços especiais de todos os membros da família, na medida em que as funções de uns em relação aos outros vão se modificando. Não se pode esquecer que os filhos adolescentes também começam a valorizar de modo independente seus próprios relacionamentos, o que invariavelmente requer ajustes entre a família, incluindo pais e avós, e o seu círculo pessoal de relações fora da família (MOREIRA, 2008).

O contexto do adolescente envolve dois componentes: (1) o mundo doméstico, da família; (2) as redes sociais às quais está ligado, que incluem a escola, os amigos, a rua, e outros grupos de pertinência. Lidar com o adolescente é lidar com esta dualidade (MOREIRA, 2008). Ao mesmo tempo em que depende emocional e economicamente da família, ele já tem autonomia suficiente para estabelecer relações e participar de outros grupos, muitas vezes desconhecidos pelos integrantes do mundo doméstico. As expectativas de cada membro da família em relação a este processo de autonomia, o estabelecimento das diferenças entre os seus membros, e as questões relacionadas ao controle do adolescente e à

autoridade dos pais, permeiam as queixas dos pais (MOREIRA, 2008). Ressalta-se que, durante a adolescência, o indivíduo passa por momentos de desequilíbrio e instabilidade extremas, sentindo-se muitas vezes inseguro, confuso, angustiado, injustiçado, incompreendido por pais e professores, o que pode acarretar problemas para os relacionamentos do adolescente com as pessoas mais próximas do seu convívio social (PRATTA; SANTOS, 2007). Com base nessas características, construiu-se a perspectiva de que o adolescente ainda não tem maturidade suficiente para se responsabilizar por suas escolhas e atos, o que favorece a compreensão da transgressão como um processo natural, propiciando a desresponsabilização deste grupo etário (BERTOL; SOUZA, 2010).

Diante do exposto acima, a responsabilização dos adolescentes deve ser tratada por meio da sua inclusão à cidadania plena, de forma a propiciar condições para que eles possam usufruir dos seus direitos enquanto cidadãos. Neste sentido, a categoria cidadania deve acompanhar a dinâmica das relações sociais, políticas, econômicas e culturais, entre outras, pois, sempre que for vinculada a conceitos ultrapassados e conservadores, ficará cada vez mais distante da realidade social (NICKNICH, 2008).

A adolescência, enquanto um curso da vida, apresenta-se como um espaço para novas e inovadoras experiências, em oposição à ideia de que se constitui apenas de passagens ritualizadas de uma etapa para outra. Contudo, a vivência da adolescência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, mesmo que eles compartilhem a mesma cultura. Embora haja pessoas que passam por esta fase sem manifestarem maiores problemas e dificuldades de ajustamento, a adolescência costuma ser um período de conflitos e turbulências para muitos indivíduos (PRATTA; SANTOS, 2007; SANTROCK, 2014).

A escola é um lugar privilegiado para refletir sobre as questões que envolvem a adolescência, bem como as relações que se dão na sociedade. Nesse universo, a socialização, a promoção da cidadania, a formação de atitudes e opiniões, e o desenvolvimento pessoal podem ser incrementados ou prejudicados (MARRIEL et al., 2006).

No Brasil, a atual década tem sido marcada por um processo denominado “bônus demográfico”, caracterizado pelo elevado percentual de adolescentes na população: 11% da população total do país, equivalente a 21.083.635 de meninos e meninas, tem idades entre 12 e 17 anos (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A

INFÂNCIA, 2011). Como nunca houve, e provavelmente não haverá no futuro tamanho contingente de adolescentes, este momento tem sido considerado único e propício para estender aos adolescentes os importantes avanços conquistados nas duas últimas décadas para as crianças da primeira e da segunda infância, nas áreas da saúde, da educação, e da inclusão social, bem como para fortalecer as políticas públicas existentes e incentivar o desenvolvimento de novos programas que visem garantir os direitos de ambos, crianças e adolescentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

3.2. Violência escolar na adolescência

A violência, embora não seja exclusiva dos tempos atuais, coloca-se hoje como um fenômeno de caráter devastador, assumindo formas e nuances nunca vistas anteriormente. O tema “violência no meio escolar” faz parte das principais preocupações políticas, tanto ao nível das ações educativas de prevenção do evento quanto ao da repressão da delinquência (BLAYA, 2006). Lidar com a violência escolar tem sido um desafio educativo e social à escala planetária, ao mesmo tempo científico, político e programático (DEBARBIEUX, 2006). Conforme reconhecido pela população e amplamente noticiado pela mídia, a escola, de modo concomitante e paradoxal, tem-se instituído não só como instância de aprendizagem de conhecimento e de valores, e do exercício da ética e da razão, mas também tem-se configurado como um espaço de proliferação de violências, incluindo brigas, invasões, depredações e até mortes (FONTOURA; MACHADO FILHO, 2013).

Conceituar a violência requer uma certa cautela, pois se trata de um fenômeno inegavelmente dinâmico e mutável, cujas dimensões e significados passam por adaptações à medida que as sociedades se transformam (ABRAMOVAY, 2005). A violência é dependente de uma série de fatores, tais como o momento histórico, a localidade, o contexto cultural, entre outros, que a caracterizam com um dinamismo próprio dos fenômenos sociais. A OMS, no “Relatório mundial sobre violência e saúde”, define o problema como:

> 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 et al., 2002, p.5).

Existem muitas outras definições de violência, coincidentes e divergentes entre si. Por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal (MINAYO, 2006). Como o significado de violência não é consensual, torna-se difícil definir e delimitar as fronteiras da violência escolar (CHARLOT, 2006). Apesar das dificuldades de conceituação, algumas perspectivas teóricas têm fundamentado as análises e investigações no campo empírico da violência escolar.

Segundo Abramovay (2005), o ponto de partida é considerar que se trata de um fenômeno complexo e que abarca múltiplas dimensões e, portanto, sua conceituação deve ser a mais ampla possível. Uma dessas dimensões são os casos que envolvem danos físicos que indivíduos podem cometer contra si próprios ou contra os outros. Outra dimensão é o conjunto de restrições que se dão no plano das instituições e impedem que os indivíduos usufruam plenamente de seus direitos fundamentais, abrangendo, portanto, as modalidades da violência simbólica e institucional. A terceira dimensão corresponde às incivilidades e microviolências, que são as modalidades de violência mais recorrentes e comuns no cotidiano (ABRAMOVAY 2005). Dentro dessa conceituação de violência, outro aspecto fundamental é o ponto de vista dos sujeitos sobre suas experiências particulares com a violência, o qual pode variar de um indivíduo para outro. O indivíduo, quando ocupa os espaços na sociedade, traz informações e comportamentos adquiridos de acordo com suas vivências. É a partir deste quadro que se deve analisar o fenômeno da violência, sobretudo no espaço escolar (SOUZA, 2008).

Cada vez mais, tem-se constatado que as escolas, que são espaços propícios aos processos de socialização e integração social, vêm tendo que administrar os conflitos gerados por diferentes formas de violência. Os episódios violentos que ocorrem não se restringem aos crimes e delitos previstos no Código Penal, mas abrangem dimensões do cotidiano e dos relacionamentos sociais entre alunos, professores, diretores, pais e demais adultos que participam da comunidade escolar (ABRAMOVAY, 2005).

Na França, a violência escolar é classificada em três tipos: a violência penal – dos crimes e delitos, tais como extorsão, roubos, agressões, racismo e insulto –, as incivilidades, e o sentimento de insegurança (DEBARBIEUX, 2002). No Brasil, a violência no ambiente escolar pode ser classificada em três níveis: (i) a violência física, que inclui golpes, ferimentos, violência sexual, roubos, crimes e vandalismo; (ii) as incivilidades, tais como humilhações, palavras grosseiras e falta de respeito; e (iii) a violência simbólica ou institucional, manifestada tanto na violência nas relações de poder quanto na falta de sentido em permanecer na escola por tantos anos e ser obrigado a aprender matérias e conteúdos alheios aos seus interesses (ABRAMOVAY; RUAS, 2002).

A violência escolar apresenta-se também com categorias específicas, como o *bullying* e o *cyberbullying*. O *bullying*, que ocorre com frequência nas escolas, é caracterizado pela agressão, dominação e prepotência entre pares, e envolve comportamentos intencionalmente nocivos e repetitivos de submissão e humilhação, por exemplo: colocar apelidos, humilhar, discriminar, bater, roubar, aterrorizar, excluir e divulgar comentários maldosos. O *cyberbullying* é um fenômeno mais recente, caracterizado pela utilização de *e-mails*, mensagens por celular, telefonemas, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios e ações difamatórias *on-line* como recursos para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, que podem ocorrer no espaço escolar ou fora dele (LOPES NETO, 2005; SILVA et al., 2014a).

O Centro de Controle e Prevenção de Doenças, uma agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos da América, também define a violência escolar como a violência juvenil que ocorre na instituição escolar, no caminho para a escola, a partir da escola, ou em eventos patrocinados pela escola. Os adolescentes podem ser vítimas, agressores, ou testemunhas dessa violência (KANN et al., 2014). As mortes resultantes de violência escolar são apenas parte do problema, pois muitos jovens sofrem lesões não-fatais, que podem ser de menor gravidade como cortes, hematomas e ossos quebrados, ou de maior gravidade, como ferimentos por arma de fogo e traumatismo craniano, que podem levar à incapacidade permanente. Entretanto, nem todas as lesões são visíveis: a exposição à violência escolar pode desencadear nos adolescentes uma grande variedade de comportamentos nocivos à saúde, e resultar no uso e abuso de álcool

e drogas, em suicídio, e em distúrbios emocionais como medo, depressão e ansiedade (KANN et al., 2014).

A incidência da violência no meio escolar tem aumentado consideravelmente no mundo todo (ABRAMOVAY; RUAS, 2002; ABRAMOVAY; CUNHA; CALAF, 2009; DEBARBIEUX, 2003; GONTIJO et al., 2013; KANN et al., 2014; ROBERS et al., 2014). No Brasil, uma pesquisa realizada pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) com o objetivo de registrar atos e situações que envolvem violências e infrações/delitos em escolas públicas de cinco capitais brasileiras e do Distrito Federal, revelou que 81 das 112 escolas avaliadas, ou seja 70% delas, tinham alto nível de vitimização de alunos (ABRAMOVAY, 2005).

Diante desse cenário, a prevenção eficaz da violência no contexto escolar requer uma sólida compreensão dos fatores sociais e ambientais dos atores envolvidos. Além disso, a partir do conhecimento sobre os comportamentos de risco, pode-se criar um ambiente que promova interações saudáveis entre os alunos e seus colegas, bem como com os professores e outros agentes.

O modelo ecológico da OMS (Figura 1) ajuda a compreender e a classificar a diversidade dos fatores envolvidos na violência, conforme apresentado no “Relatório mundial sobre violência e saúde” (KRUG et al., 2002). Este modelo pressupõe que não há um fator mais determinante que outro, e sim uma dinâmica na qual eles interagem na produção da violência. Portanto, a partir da identificação e da classificação desses fatores, o modelo ecológico auxilia na reflexão sobre os níveis de intervenção, na avaliação das propostas mais adequadas para cada um deles, e na priorização dos problemas (ALVES; ROSA, 2013).

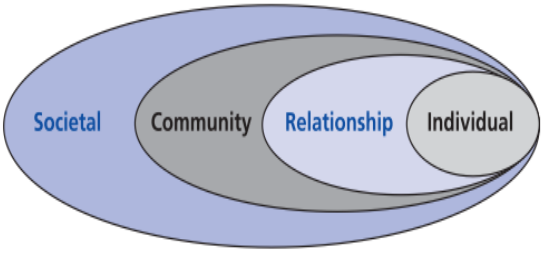

Figura 1. Modelo ecológico da violência proposto pela Organização Mundial da Saúde (KRUG et al., 2002).

3.3. Comportamentos de risco para a saúde do adolescente

Atualmente, muitos adolescentes estão, e talvez um número crescente no futuro estarão, correndo o risco de morrer, de adquirir doenças, e de sofrer de problemas de saúde que não sejam primariamente de origem biomédica. Nos últimos anos, as causas de morbidade e mortalidade entre os adolescentes mudaram significativamente: a prevalência de doenças infecciosas no passado tem sido substituída pela de moléstias resultantes de práticas de vida. As ameaças contemporâneas à saúde do adolescente advêm principalmente de fatores sociais, ambientais e de comportamento, denominados "morbidades sociais" (IRWIN JUNIOR; BURG; CART, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Os adolescentes normalmente são vistos como um grupo com potencial risco de se envolverem em comportamentos prejudiciais à saúde, tais como o tabagismo, o consumo de álcool, o uso de drogas ilícitas, a adoção de métodos perigosos de fazer dieta, a atividade sexual precoce e desprotegida, a violência, o suicídio, e os acidentes (MALTA et al., 2014a). Estes comportamentos podem por em risco a saúde individual a curto ou a longo prazo e, por esta razão, têm sido estudados por pesquisadores interessados no comportamento adolescente (CARTER et al., 2007).

Os riscos dizem respeito aos acontecimentos ou condições que aumentam a probabilidade de um comportamento indesejável num grupo de pessoas (LINLEY; JOSEPH, 2004). O conceito de risco deve ser compreendido da forma mais abrangente possível, ultrapassando os critérios biomédicos e atingindo variáveis sociais e de comportamento. A avaliação da exposição ao risco deve incluir características do próprio indivíduo, de sua família e da sociedade na qual está inserido, através de seus variados grupos e setores de referência, tais como amigos, escola, trabalho, áreas de saúde, justiça, nível socioeconômico, inserção cultural e políticas governamentais (SAITO, 2001).

Não é possível estabelecer uma relação linear entre um fator de risco e a saúde, visto que a saúde é produto de relações sistêmicas entre aspectos inerentes ao meio ambiente e aspectos inerentes ao indivíduo, tanto estruturais quanto dependentes da sua ação, das suas intenções, expectativas e emoções (RIBEIRO, 2007). Os fatores de risco normalmente predizem comportamentos prejudiciais para a saúde num grupo de indivíduos, mas não necessariamente para todos os elementos do grupo (LINLEY; JOSEPH, 2004), podendo também ser interpretados

como aquelas circunstâncias sociais e/ou pessoais que tornam os indivíduos vulneráveis a assumir comportamentos arriscados (SUDBRACK et al., 2003).

A análise da tomada de risco na adolescência sob o prisma da neurociência do desenvolvimento revela que a diferença temporal entre a puberdade, que impele os adolescentes a procurar emoções, e a lenta maturação do sistema de controle cognitivo, que regula esses impulsos, torna a adolescência um momento de maior vulnerabilidade para os comportamentos de risco (STEINBERG, 2007; STEINBERG et al., 2009). Tais comportamentos são atitudes intencionais do indivíduo cujo resultado é incerto e cujas implicações geram risco à integridade física e psíquica do praticante (MICHAEL; BEN-ZUR, 2007).

Pesquisadores de diferentes áreas de estudo vêm buscando diagnosticar as causas dos comportamentos de risco e identificar o momento em que eles se iniciam (SANTROCK, 2014). Sabe-se que muitos desses hábitos são formados na infância ou na adolescência e podem perdurar até a vida adulta e, caso não sejam diagnosticados e tratados, podem se tornar hábitos consolidados (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001). A avaliação do risco deve ter como pressuposto uma base científica que estabeleça as relações de causa e efeito (BRASIL, 2007a).

Erikson (1976), utilizando as propostas da psicanálise e os achados da Antropologia Cultural, propôs a Teoria Psicossocial, na qual sugere que o ambiente também participa da construção da personalidade do indivíduo (SANTROCK, 2014). Sifuentes, Dessen e Oliveira (2007) entendem que as etapas do ciclo vital são observações de fatos sociais e psicológicos, cujas características dependem do contexto em que estão inseridas. Essa mudança na visão do desenvolvimento é de grande importância, pois abre novas fronteiras para o entendimento do desenvolvimento humano e, mais especificamente, da adolescência.

Estudos indicam a existência de diferenças de idade significativas em processos cognitivos relevantes para a aceitação de riscos e a tomada de decisão, tais como a percepção e a avaliação do risco, o que pode explicar por que os adolescentes se arriscam mais do que os adultos (SANTROCK, 2014; STEINBERG, 2004). A maior propensão dos adolescentes a assumir riscos também está associada à diferença de idade em fatores psicossociais que influenciam a autorregulação. A disjunção entre a novidade e a busca de sensações, ambos aumentados drasticamente na puberdade, e o desenvolvimento de competências de autorregulação, que não está totalmente maduro até a idade adulta, contribui para

que a adolescência seja um período de vulnerabilidade acrescida à tomada de risco (STEINBERG, 2004). Esta disjunção é biologicamente impulsionada, normativa e improvável de ser sanada por meio de intervenções educacionais desenvolvidas para mudar a percepção dos adolescentes e a sua avaliação ou compreensão do risco. As intervenções devem partir da premissa de que os adolescentes são inerentemente mais propensos do que os adultos para assumir riscos, e devem se concentrar em reduzir o dano associado com a tomada do comportamento de risco (SANTROCK, 2014; STEINBERG, 2004).

O desenvolvimento do adolescente envolve uma progressiva independência e autonomia da família, uma maior associação com os pares, a formação da identidade e a maturação fisiológica e cognitiva. Este turbilhão de mudanças permite ao jovem abrir novos horizontes e experimentar novos comportamentos, dentre os quais estão incluídos os comportamentos de risco (SIMÕES, 2010). Tanto as crianças quanto os adolescentes são vulneráveis aos comportamentos de risco, uma vez que nestas fases da vida, infância e adolescência, as competências pessoais e interpessoais e a aquisição de habilidades para atuar e tomar decisões encontram-se em desenvolvimento (SCHENKER; MINAYO, 2004; STEINBERG, 2008).

Os comportamentos de risco são potencialmente perigosos quando levam o jovem: (i) a afastar-se da sua comunidade; (ii) a não partilhar interesses com aqueles que lhe são próximos; (iii) ao desencontro com o seu papel na sociedade; (iv) a se sentir incompreendido e rejeitado pela sociedade (SIMÕES, 2010). Três critérios que podem ser úteis para distinguir os comportamentos de risco são a idade de início do comportamento, a duração do comportamento, e o estilo de vida do adolescente (LERNER; GALAMBOS, 1998; STEINBERG, 2008). Os comportamentos de risco que se iniciam cedo têm mais probabilidade de se tornarem verdadeiros problemas. Se estes comportamentos ultrapassarem a experimentação, isto é, forem mantidos com o passar do tempo, a possibilidade de transformarem em problemas futuros aumenta ainda mais. Por fim, se estes comportamentos surgirem aliados a outros comportamentos de risco e, como tal, permitirem categorizar o estilo de vida do adolescente como um estilo de vida de risco, então o indivíduo pode já estar envolvido em problemas significativos (LERNER; GALAMBOS, 1998; STEINBERG, 2008).

Uma visão mais balanceada da adolescência deve considerar essa fase da vida como composta por experiências complexas e heterogêneas, caracterizadas

tanto por vulnerabilidades quanto por potencialidades (CAMARANO; MELLO, 2006). A incidência dos dois conjuntos de atributos ocorre diferenciadamente entre sexos, grupos sociais, étnicos e regiões geográficas. As potencialidades adquiridas pelos adolescentes ao longo de suas vidas, bem como as oportunidades e os obstáculos que experimentam nessa fase, podem influenciar a sua passagem para a vida adulta e a escolha do lugar que ocuparão na escala social e econômica no futuro. Alguns desses obstáculos são inerentes ao mundo dos jovens, enquanto outros são reflexos das transformações pelas quais a sociedade como um todo tem passado, que atingem a população jovem de maneira diferenciada (CAMARANO; MELLO, 2006).

A concepção do “ser adolescente” deve estar pautada em uma visão sistêmica e construtivista do processo de adolescer, onde o sujeito desse processo seja visto dentro de suas singularidades, bem como em suas interações com o seu contexto familiar e social, em um dado momento histórico e cultural (SILVA et al., 2014b).

A adolescência constitui-se em uma fase da vida de vulnerabilidade, na qual muitas das características de personalidade e de modelos de relacionamentos das pessoas são delineadas. Tal delineamento frequentemente ocorre em situações de conflitos e rupturas, que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade dos adolescentes, mas não deixam de ser momentos de buscas e definições (CAMARANO; MELLO, 2006). Esses processos exigem novos conhecimentos e uma ação proativa, capazes de gerar uma consciência coletiva e um compromisso frente aos problemas de desigualdade, exclusão, discriminação e situações de vulnerabilidade aos quais muitos adolescentes estão expostos (SILVA et al., 2014b).

A vulnerabilidade pode ser entendida como o produto da interação entre as características cognitiva, afetiva e psíquica e as estruturas sociais de desigualdade de gênero, classe social e raça, determinando acessos e oportunidades, e produzindo sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo (VILELA; DORETO, 2006). Existe vulnerabilidade quando ocorre: desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo; falta de acesso a serviços e/ou informações; e falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Nessa perspectiva, a vulnerabilidade pode ser definida como “a exposição a riscos e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam” (CARNEIRO;

VEIGA, 2004, p.11). Portanto, os riscos estão associados tanto com situações próprias do ciclo de vida das pessoas quanto com condições das famílias, da comunidade e do ambiente em que as pessoas se desenvolvem e se socializam (CARNEIRO; VEIGA, 2004).

No caso dos adolescentes, especificamente, podem ser identificados seis tipos de agentes socialização: a família, a escola, os meios de comunicação social, a religião, os pares, e a classe social. A família é o primeiro e principal contexto, no qual acontecem as transformações físicas, cognitivas e sociais da adolescência, mas a escola e o grupo de colegas também se destacam pela influência no desenvolvimento destas características (CARTER et al., 2007). O impacto positivo ou negativo da conjugação de fatores individuais e escolares, bem como de fatores ligados à relação dos jovens com o grupo e à ocupação do tempo livre, pode-se consubstanciar em contextos, situações e cenários que serão preponderantes para determinar o bem-estar dos adolescentes (RIBEIRO, 2007; SPRINTHALL; COLLINS, 1999).

3.4. Promoção da saúde do adolescente

Um dos grandes desafios proposto pela OMS é desenvolver comportamentos que promovam a saúde da população em geral (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009). A atenção à saúde historicamente tem investido na formulação, implementação e concretização das políticas de promoção de saúde, com ênfase em ações que melhorem a qualidade de vida individual e coletiva (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008). A OMS define a saúde como um recurso que permite às pessoas manter uma vida individual, social e economicamente produtiva, e compreende a promoção da saúde como:

> Um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas ao fortalecimento das habilidades e capacidades dos indivíduos, mas que envolve também ações dirigidas para mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998, p.1).

Analisar a saúde a partir de uma concepção abrangente leva ao entendimento de que “está se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida” (CZERESNIA, 2003, p.46), envolvendo tanto aspectos individuais como aspectos macroestruturais, bem como a permanente interação entre eles (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada pelo Ministério da Saúde em março de 2006, preconiza que a promoção da saúde deve ser entendida como uma estratégia para fomentar a qualidade de vida, e auxiliar na redução das vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde da população (BRASIL, 2010b).

Considerando o recorte do presente estudo, as atividades de promoção da saúde direcionadas para a população de adolescentes são mais eficazes quando desenvolvidas dentro da perspectiva da saúde coletiva, pois consideram o indivíduo dentro do seu contexto de vida. Este enfoque facilita a abordagem de diversos problemas, como a atividade sexual precoce, a pressão de grupo, o uso de drogas, a prevenção de acidentes, as violências urbana, institucional e relacional, a escolha profissional, entre outros. Internacionalmente, intitula-se promoção de saúde as intervenções que permitem ao adolescente adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida (MEIRELLES; RUZANY, 2008).

A preocupação pela adoção de comportamentos saudáveis fundamenta-se na premissa de que boa parte dos problemas de saúde estão relacionados com estilos de vida, e a estratégia mais adequada para trabalhar essa dinâmica é a “educação para saúde” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). Pensar a saúde e falar sobre “modo de viver saudável” é um tanto complexo, uma vez que o conceito de “ter uma vida saudável” se estende para além da ideia de “ter um corpo saudável”, incluindo diversos aspectos relacionados ao modo de viver do indivíduo, à sua cultura, suas crenças e valores que compartilha com a comunidade na qual vive. Além disso, os aspectos individuais e coletivos encontram-se associados a outros fatores, dentre os quais podem-se destacar as reações emocionais negativas de estresse, nervosismo e medo, ou positivas de tranquilidade, alegria e entusiasmo (BRASIL, 2008).

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários (CARVALHO, S., 2004). Nessa perspectiva, promover a saúde do adolescente exige a adoção de estratégias mais eficazes de participação. Além

disso, este tipo de abordagem pode provocar mudanças mais profundas, uma vez que os adolescentes constituem um grupo-chave para qualquer processo de transformação social, pois o seu potencial crítico, criativo, inovador e participativo, quando adequadamente canalizado, pode ser o propulsor de mudanças positivas para uma vida saudável (CAMPOS; GUERRERO, 2010).

Afora isso, a vida dos adolescentes e as suas necessidades em saúde são geradas no âmbito da sociedade, definindo-se e transformando-se a partir da interação com seus diversos componentes econômicos, institucionais, político-éticos, culturais e físico-ambientais (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 2001). No âmbito escolar, a promoção da saúde deve partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1995; SANTOS et al., 2012). Portanto, as ações de promoção de saúde dos adolescentes devem visar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas, bem como fomentar uma análise sobre os valores, as condutas, as condições sociais e os estilos de vida dos próprios sujeitos envolvidos (PELICIONI; TORRES, 1999). A escola, enquanto espaço de relações privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, pode contribuir para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, e pode interferir diretamente na produção social e na área da saúde (BRASIL, 2009).

Desde o ano de 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde - Oficina Regional da OMS, tem estimulado a implementação da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região das Américas, em países da América Latina e do Caribe (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006). Esta iniciativa visa “fortalecer a capacidade dos setores de Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade” (BRASIL, 2007b, p.11).

A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde promove a mudança do paradigma tradicional para os enfoques integrais de promoção da saúde escolar. Neste ambiente, as práticas de saúde tradicionalmente se fundamentam no paradigma tradicional, onde predomina a lógica biomédica, centrada na prevenção. As atividades realizadas com base no modelo tradicional consistem em intervenções

da área da saúde no âmbito escolar, tais como vacinação, desparasitação, controles médicos e palestras de profissionais da saúde. Os professores também realizam múltiplas ações, por exemplo controlam o cartão de vacinas, participam de campanhas de prevenção, detectam os problemas de saúde e encaminham os alunos doentes, enquanto que a escola envolvida geralmente assume uma posição passiva, pois se concebe como um cenário para as ações de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

A visão limitada dos profissionais de saúde no estabelecimento de parcerias com outros cenários, além da escola, representa um desafio a ser superado para concretizar a promoção da saúde do adolescente, vislumbrando a intersetorialidade como instrumento de criação dos espaços comunicativos que possibilitem a resolução de problemas complexos (SANTOS et al., 2012). Além disso, a promoção da saúde extrapola a aplicação técnica e normativa, pois tem como fim o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para a apreensão e o enfrentamento dos condicionantes, mediante a autonomia dos indivíduos para (i) a escolha de atitudes saudáveis e (ii) a utilização do conhecimento para discernir as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003).

Nessa dimensão, os profissionais de saúde devem permanentemente buscar a participação dos adolescentes no processo pedagógico de autocuidado, lembrando-se sempre de que os adolescentes mantêm outra relação com o mundo, as diversidades de grupos sociais, a mídia, os modos de produção, enfim, com a própria vida. Assim, mobilizar e aglutinar adolescentes pressupõe a adoção de metodologias participativas e de estratégias inovadoras (MEIRELLES; RUZANY, 2008; SANTOS et al., 2012).

Na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino – Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos – o Governo Brasileiro criou o Programa Saúde na Escola, resultante do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, e instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007c). Os principais objetivos deste programa são (BRASIL, 2009, p. 12):

> I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
> II – Articular as ações da rede pública de Saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
> III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
> IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
> V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
> VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
> VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e de Saúde, nos três níveis de governo.

A promoção da saúde escolar deve, pela sua potencialidade em evitar agravos e promover a saúde e a qualidade de vida, constituir um espaço privilegiado de atuação das equipes de Saúde da Família (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). As más condições de vida e de saúde, somadas às iniquidades sociais existentes no Brasil, indicam que a população escolar está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ações eficazes por parte do sistema de saúde, em conjunto com outros setores, particularmente os de Educação e Ação Social (BRASIL, 2009).

A definição de vulnerabilidade remete à ideia de fragilidade e de dependência, que se conecta com a situação de crianças e adolescentes, principalmente daqueles de menor nível socioeconômico. Conhecer os fatores de risco e as vulnerabilidades e lidar com eles de forma adequada, promovendo e protegendo a saúde, impactará de maneira positiva a qualidade de vida, as condições de aprendizado e, consequentemente, a construção da cidadania (BRASIL, 2009). Em determinadas situações, o estado de vulnerabilidade pode comprometer o estado psicológico, social ou mental das crianças e dos adolescentes e afetar a sua saúde, mesmo que estes indivíduos não possuam doenças pré-existentes (SIERRA; MESQUITA, 2006).

Alguns traços marcantes dos adolescentes são a necessidade de pertença e a necessidade de independização da família, que frequentemente vêm acompanhadas do sentimento de incompreensão por parte dos pais e podem originar um período de certo isolamento (KLOSINSKI, 2006). Para o adolescente, o estabelecimento de relações com os amigos passa a ser a fonte primordial de

satisfação e de apoio, através do compartilhamento de diferentes emoções. Por esta razão, a dificuldade em estabelecer relações com os pares traz prejuízos ao bem-estar psicológico e à autoestima do adolescente (BRANCO; WAGNER; DEMARCHI, 2008).

No cenário escolar, as crianças e os adolescentes têm a possibilidade de aumentar a sua rede de interações e relações para além do contexto familiar, desenvolvendo independência, autonomia e expandindo sua noção de pertencimento à vida social. As características de personalidade, aliadas às habilidades sociais, contribuem para definir a maneira pela qual o indivíduo interage com seus pares, e tal aprendizagem representa um exercício para o convívio em sociedade (CATINI, 2004).

Para que os adolescentes desempenhem efetivamente o seu papel na promoção do protagonismo, na redução da vulnerabilidade, e na promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida no contexto social em que vivem, eles precisam conhecer e compreender melhor essas questões (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010). Ao trabalhar com adolescentes, a escola deve servir de referência para que os mesmos possam encontrar prazer em aprender e participar e, assim, verem-se como sujeitos participantes e agentes de transformação social, a partir de uma perspectiva de protagonismo. Tais vivências influenciarão o modo como o adolescente moldará os seus próprios estilos e padrões de vida comportamentais, que poderão influenciar a sua saúde ao longo da vida (SHIN; KANG, 2014).

As mudanças nas práticas assistenciais direcionadas à construção da promoção da saúde ainda são incipientes e têm pequena visibilidade no cenário das práticas em saúde, o que justifica a não percepção desta prática como estratégia para a transformação, tanto do ensino quanto da gestão e do controle sociais (SILVA, K. et al., 2009). Concomitantemente, o protagonismo juvenil deve se tornar um objetivo prioritário para os profissionais de saúde, pois a participação ativa e autônoma de jovens no planejamento, execução e avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolutividade e o impacto social das mesmas (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010).

No contexto da integração educação-saúde, a transformação das práticas correntes requer uma atuação coletiva e consciente para superar os desafios e criar oportunidades para a melhoria da atenção à saúde e para a qualificação do ensino. Torna-se imprescindível construir modelos que primem pela autonomia dos

adolescentes, pela afirmação dos princípios de cidadania e democracia, evidenciando o compromisso social com a melhoria do estado de saúde dessa população. Assim, é necessário pensar a promoção da saúde como um marco conceitual no redirecionamento do processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, em particular da área de Enfermagem (SILVA, K. et al., 2009).

No seu artigo 3º, o Programa Saúde na Escola aponta, especificamente, as equipes de saúde da família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, que devem considerar as atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde (BRASIL, 2009). Nesta perspectiva, tomar os referenciais de promoção da saúde na ressignificação do ensino de Enfermagem implica em transformação das práticas de ensino, superando o modelo biologicista e a natureza setorial que caracteriza a formação e a atuação dos profissionais de saúde. É preciso, também, que o processo ensino-aprendizagem em Enfermagem favoreça as práticas educacionais e de atenção à saúde que potencializem o empoderamento dos sujeitos para que eles atuem na efetivação das mudanças sociais (SILVA, K. et al., 2009). Neste sentido, pensar na saúde do adolescente implica em pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida, o que, por sua vez, implica em um movimento de repensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade, ou seja, para os adolescentes (FERREIRA et al., 2007).

A escola pode ser considerada um espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. Portanto, a cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais, inclusive de comportamentos, mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma (BRASIL, 2009). É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, ultrapassando os limites da escola.

4. Método

4.1. Natureza do estudo

Foi realizado um estudo transversal, com uma população estimada em 4.905 estudantes de escolas estaduais da cidade do Recife - PE. O estudo transversal fornece informações sobre a distribuição e as características do evento investigado na população, sendo o tipo de estudo no qual fator e efeito são observados num mesmo momento histórico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO,1999).

4.2. Campo de estudo

A pesquisa foi realizada nas escolas estaduais do bairro de Santo Amaro, na cidade do Recife, que é a capital do Estado de Pernambuco, Brasil. A cidade do Recife, que atualmente está entre as três maiores aglomerações urbanas da região Nordeste do Brasil, possui uma população de 1.537.704 de habitantes, distribuídos numa área territorial de 219,493 km^2. Cerca de 43% da população vive na Região Metropolitana (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

O bairro de Santo Amaro integra a 1ª Região Político-Administrativa do Recife, Centro da cidade, formada por um total de 11 bairros (FIALHO et al., 2015). Por muito tempo, o bairro de Santo Amaro foi considerado o mais violento da cidade. A implantação do programa “Pacto pela Vida” reduziu significativamente o índice de criminalidade neste bairro, mas o tráfico de drogas ainda se faz muito presente, aumentando a sensação de insegurança dos moradores e frequentadores do local (FIALHO et al., 2015).

A escolha do bairro de Santo Amaro como campo de estudo foi baseada não só nessas características, mas também pelo fato da Universidade de Pernambuco encontrar-se localizada nele. A proximidade da universidade com a comunidade local favorece o desenvolvimento de trabalhos de extensão universitária e de pesquisa pelos alunos de graduação, com o objetivo central de subsidiar ações futuras de promoção da saúde dos adolescentes da comunidade local.

Na cidade do Recife existem 114 escolas estaduais, sendo nove delas localizadas no bairro de Santo Amaro (SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO, 2015). Para este estudo, foram selecionadas as seis escolas com três turnos letivos – manhã, tarde e noite – e que ofereciam ensino fundamental

e médio. Foram excluídas as duas escolas direcionadas apenas à educação de jovens maiores de 18 anos e adultos, e uma escola com turno letivo integral.

As escolas selecionadas foram:

- Escola Estadual Luiz Delgado;
- Escola Estadual José Maria;
- Escola Estadual Almirante Tamandaré;
- Escola Estadual Sylvio Rabelo;
- Escola Estadual João Barbalho;
- Escola Estadual Sizenando Silveira.

4.3. Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por adolescentes dos sexos masculino e feminino, com idades entre 12 e 18 anos, matriculados nos Ensinos Fundamental e Médio das Escolas Estaduais do bairro de Santo Amaro, que aceitaram participar do presente estudo e cujos pais ou responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram excluídos nove adolescentes que estavam afastados, sendo cinco deles por licença médica, uma por licença maternidade, e três por estarem cumprindo suspensão, bem como os adolescentes que não atenderam aos critérios de inclusão.

4.4. Amostra do estudo

Para determinação do tamanho amostral, foram considerados (ALTMAN, 1991):

- O tamanho populacional estimado de 4.905 alunos matriculados nas seis escolas estaduais do bairro de Santo Amaro, em Recife - PE;
- A margem de erro de 5,0%;
- Confiabilidade de 95,0% de que a margem de erro não seja ultrapassada;
- Proporção esperada de 50,0% para cada categoria de resposta, valor este que maximiza o tamanho amostral.

O tamanho amostral foi calculado utilizando-se as fórmulas (ZAR, 1999)

$$m = \frac{z^2\, p_e\, (1 - p_e)}{e^2} \quad \text{e} \quad n = \frac{m}{1 + \dfrac{m - 1}{N}}$$, onde:

n = tamanho amostral;

z = 1,96 = valor da curva normal relativa à confiabilidade de 95,0%;

p_e = 0,50 = proporção esperada que maximiza o tamanho amostral;

e = 0,05 = erro de 5,0%;

N = 4.905 (população total estimada).

Tais cálculos resultaram no tamanho amostral de 357 alunos. Considerando-se que a amostragem foi realizada por conglomerados (Escolas), o tamanho amostral foi aumentado em 50%, e o valor obtido foi acrescido de 20,0% para possíveis perdas, resultando no tamanho amostral de 643 alunos. Conhecida a distribuição do número de alunos na população (4.905) por escola e turno letivo (Tabela 1), o número total de alunos da amostra (643) foi distribuído proporcionalmente entre as seis escolas selecionadas nos três turnos letivos (Tabela 2). Todos os cálculos foram realizados através do programa EPI-INIFO versão 6.04d.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa de alunos por escola e turno letivo. Recife - PE, 2013.

Escola [(a)]	**Turno**						**TOTAL**	
	Manhã		**Tarde**		**Noite**			
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**
E. E. Luiz Delgado	806	39,4	780	48,2	287	23,0	**1873**	**38,2**
E. E. José Maria	320	15,7	200	12,3	80	6,4	**600**	**12,2**
E. E. Almirante Tamandaré	350	17,1	210	13,1	0	0	**560**	**11,4**
E. E. Sylvio Rabelo	135	6,6	135	8,3	135	11,0	**405**	**8,3**
E. E. João Barbalho	432	21,1	294	18,1	18	14,6	**907**	**18,5**
E. E. Sizenando Silveira	0	0	0	0	560	45,0	**560**	**11,4**
TOTAL	**2043**	**41,6**	**1619**	**33,0**	**1243**	**25,3**	**4905**	**100**

[(a)] E. E.: Escola Estadual.

Tabela 2 – Distribuição absoluta e relativa de alunos na amostra por escola e turno letivo. Recife - PE, 2013.

Escola [(a)]	**Turno**						**TOTAL**	
	Manhã		**Tarde**		**Noite**			
	n	**%**	n	**%**	n	**%**	n	**%**
E. E. Luiz Delgado	106	36,6	102	48,1	38	23,3	**246**	**38,2**
E. E. José Maria	42	15,7	26	12,3	11	6,7	**79**	**12,3**
E. E. Almirante Tamandaré	46	17,2	27	12,7	0	0	**73**	**11,3**
E. E. Sylvio Rabelo	18	6,7	18	8,5	18	11,0	**54**	**8,4**
E. E. João Barbalho	56	20,9	39	18,4	24	14,7	**119**	**18,5**
E. E. Sizenando Silveira	0	0	0	0	73	45,0	**73**	**11,3**
TOTAL	**268**	**41,6**	**212**	**33,0**	**163**	**25,3**	**643**	**100,0**

[(a)] E. E.: Escola Estadual.

4.5. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de 07/02/2013 a 05/06/2013, por meio de dois questionários autoaplicáveis. O primeiro, sobre dados socioeconômicos e demográficos, denominado *Global School-Based Student Health Survey*, foi proposto pela OMS em 2012 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) validado para o Brasil (LEGNANI; LEGNANI; MORGENROTH, 2008), e tem como objetivo de avaliar, em adolescentes, a exposição a comportamentos de risco à saúde (Anexo A). O segundo questionário, adaptado do instrumento de avaliação desenvolvido por Freire, Simão e Ferreira (2006) e validado para o Brasil[2] (PRODÓCIMO et al., 2010), tem como tema central a violência escolar e foi utilizado para avaliar a violência sofrida, praticada e presenciada por adolescentes no contexto escolar (Anexo B).

Após a coleta dos dados, foi elaborado um banco de dados contendo todas as variáveis dos dois instrumentos. Inicialmente, os dados dos questionários (formulários) foram digitados em planilha eletrônica (Excel para Windows), com dupla entrada por dois digitadores, em tempos diferentes. Após a comparação entre os dois arquivos por uma terceira digitadora, foram realizadas as correções das respostas não-concordantes, a partir da consulta aos questionários originais.

4.6. Variáveis

4.6.1. Variáveis-desfecho

A variável dependente foi a ocorrência de violência sofrida ou/e praticada no contexto escolar, nas duas semanas que antecederam a realização da pesquisa. Foram explorados a tipologia da violência (física, verbal/moral, sexual, psicológica e patrimonial), o envolvimento em situações de violência na escola (autor, vítima ou vítima/autor), o local da ocorrência, a frequência da ocorrência, e o motivo do ato.

---

[2] A validação deste instrumento para o Brasil foi feita por um grupo de pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas, coordenado pela Dra. Eliane Prodócimo, com apoio da linguista Eliana Ruiz. Parte da validação do questionário foi publicado por Prodócimo et al. (2010).

4.6.2. Variáveis explicativas

As variáveis explicativas foram selecionadas a partir do questionário *Global School-Based Student Health Survey* proposto pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012), utilizado para avaliar os comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes. As variáveis independentes elencadas foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, cor/raça, ocupação, reside com a mãe, reside com o pai, região em que reside, tempo de escolaridade da mãe, religião, praticante da religião, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, ideação suicida, atividade sexual, relacionamentos na escola e na família, e atividades de lazer.

4.7. Análise dos dados

Os resultados foram analisados através de distribuições absolutas e percentuais. Para avaliar a existência de associação entre duas variáveis categóricas, utilizou-se o teste estatístico Qui-quadrado ou, quando as condições para o seu uso não foram atendidas, empregou-se o teste Exato de Fisher. Para avaliar o grau de associação entre as variáveis, foi obtida a razão de prevalências (RP) e respectivo intervalo de confiança (IC 95%).

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%, e os IC foram obtidos com confiabilidade de 95,0%. O programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21, foi utilizado em todas as análises estatísticas deste estudo.

4.8. Aspectos éticos

Em cumprimento à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a pesquisadora iniciou a coleta de dados do presente estudo somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, em 20/03/2012, sendo o protocolo do estudo registrado sob nº CEP/UPE 10/12 (Anexo C). A Gerência Regional de Educação do Recife Norte, da Secretaria de Educação de Pernambuco, também concedeu a

autorização para a realização deste estudo nas Escolas Estaduais do Bairro de Santo Amaro, na cidade do Recife – PE (Anexo D).

Os sujeitos participantes consentiram espontaneamente em participar do estudo, o que foi confirmado pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) pelos seus pais ou responsáveis legais. Os pesquisadores se comprometeram a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que pudessem identificar os sujeitos da pesquisa (Apêndice B).

5. Resultados

Nesta seção, serão apresentados os resultados obtidos e analisados à luz dos objetivos estabelecidos (Seção 2). Primeiramente, serão apresentados os resultados da análise descritiva e, em seguida, os resultados das análises estatísticas da associação da ocorrência de violência escolar (violência sofrida e praticada) com os dados sociodemográficos e comportamentais dos adolescentes.

5.1. Resultados da análise descritiva

5.1.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

As características sociodemográficas dos 643 adolescentes pesquisados são apresentadas na Tabela 3. A análise dos dados coletados revelou que pouco mais da metade (56,5%) deles tinham entre 15 e 18 anos – os demais (43,5%) tinham entre 12 e 14 anos; a maioria era do sexo feminino (64,2%), solteira (93,6%), não trabalhava (87,9%), e se considerava não-branca (82,3%), havendo predominância de pardo/mulato/moreno (70,6%).

Em relação à escolaridade, pouco mais da metade dos adolescentes (54,1%) cursava o ensino médio; pouco mais da metade (52,3%) das mães dos adolescentes pesquisados tinha de 8 a 11 anos de escolaridade. Quanto à moradia, quase a totalidade (95,5%) dos adolescentes residia na região urbana, em companhia da mãe (89,7%), e pouco mais da metade (56,8%) residia com o pai. Em relação à religiosidade, houve predominância de evangélicos (40,4%), e pouco mais da metade (56,6%) dos adolescentes se considerou praticante da sua religião.

Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da população do estudo. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Tamanho da amostra [(a)]	643	100,0
Idade		
12 a 14 anos	280	43,5
15 a 18 anos	363	56,5
Sexo		
Masculino	230	35,8
Feminino	413	64,2
Estado civil		
Solteiro	602	93,6
Casado/união estável	41	6,3
De qual raça/cor você se considera?		
Branco	114	17,7
Preto	31	4,8
Pardo/ mulato/ moreno	454	70,6
Indígena/ amarelo/ outro	44	6,8
De qual raça/cor você se considera?		
Branco	114	17,7
Não branco	529	82,3
Escolaridade		
Ensino fundamental	295	45,9
Ensino médio	348	54,1
Trabalha?		
Sim	78	12,1
Não	565	87,9
Reside com o pai?		
Sim	365	56,8
Não	278	43,2
Reside com a mãe?		
Sim	577	89,7
Não	66	10,3
Região na qual reside		
Urbana	614	95,5
Rural	29	4,5

(continua)

(conclusão)

VARIÁVEL	n	%
Tempo de escolaridade da mãe		
< 8 anos	186	28,9
8 a 11 anos	336	52,3
> 12 anos	121	18,8
Religião		
Não tem	146	22,7
Católica	190	29,5
Evangélica	260	40,4
Espírita	20	3,1
Outra	27	4,2
Considera-se praticante da sua religião?		
Sim	364	56,6
Não	279	43,4

(a) Valor utilizado para o cálculo dos percentuais para todas as questões desta tabela.

5.1.2. Caracterização dos adolescentes segundo o envolvimento em situações de violência no contexto escolar

Em relação ao envolvimento em situações de violência na escola, os adolescentes foram distribuídos nas categorias de vítimas, expectadores, ou autores da violência. Os resultados obtidos são apresentados nas Tabelas 4, 5 e 6, respectivamente.

Quando os adolescentes foram questionados sobre o fato de terem sido vítimas de violência no ambiente escolar, nas duas semanas que antecederam a realização da pesquisa, a maioria deles (62,2%) revelou já ter se sentido vítima de agressão por parte de colegas ou de outras pessoas da escola (Tabela 4).

O tipo de agressão mais frequente foi a verbal (54,2%), sendo que a maioria dos adolescentes foi agredida uma vez (79,8%), por uma pessoa (65,5%); no entanto, cerca de 12,5% dos adolescentes continuaram sendo agredidos pelas mesmas pessoas. Quase a totalidade dos agressores eram colegas de sala (96,0%), e o local da escola onde ocorreu os atos de violência mais citado foi a sala de aula (45,9%). Cerca de metade (51,3%) dos casos de agressão foi presenciada por terceiros, os quais, em sua maioria, não tomaram atitude alguma (36,7%) ou apoiaram o adolescente vítima de violência e aconselharam-no a afastar-se do agressor (27,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato de terem sido vítimas de violência na escola. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Nas duas últimas semanas, alguma vez você se sentiu vítima de alguma agressão, por parte de colegas ou de outras pessoas da escola?		
Sim	400	62,2
Não	243	37,8
TOTAL	**643**	**100,0**
Tipos de agressão sofridas nas duas últimas semanas		
Física	129	24,0
Verbal	292	54,2
Psicológica	44	8,2
Patrimonial	26	4,8
Sexual	26	4,8
Outras agressões	22	4,1
BASE (a)	**539**	
Nas duas últimas semanas, quantas vezes você foi agredido ou perseguido?		
Uma vez	319	79,8
Duas ou mais vezes	81	20,2
TOTAL	**400**	**100,0**
Em qual local da escola ocorreram essas situações?		
Sala de aula	224	45,9
Pátio	83	17,0
Corredores e/ou escadas	88	18,0
Refeitório	26	5,3
Espaço de Educação Física	11	2,2
Banheiro	18	3,7
Outro	38	7,8
BASE (a)	**488**	
Nessas situações, por quantas pessoas você foi agredido?		
Uma	262	65,5
Duas	94	23,5
Três ou mais	44	11,0
TOTAL	**400**	**100,0**
Nessas situações, por quais pessoas você foi agredido?		
Colegas de sala	384	96,2
Professor/ Diretor/ Coordenador/ Pessoas da área administrativa/ Outro funcionário da escola	19	4,8
BASE (a)	**403**	

(continua)

(conclusão)

VARIÁVEL	N	%
Você ainda continua sendo agredido/perseguido por essas pessoas?		
Sim	50	12,5
Não	350	87,5
TOTAL	**400**	**100,0**
Alguém presenciou essas situações?		
Sim	205	51,3
Não	195	48,8
TOTAL	**400**	**100,0**
O que fizeram as pessoas que presenciaram essas situações?		
Não fez nada	88	36,7
Fugiu/ Teve medo	8	3,3
Recorreu a um adulto	19	7,9
Pediu ao agressor para parar	25	10,4
Apoiou o agressor/ Sorriu da situação	30	12,5
Apoiou você/ Aconselhou você a se afastar do agressor	65	27,1
Aproximou-se para ver/ Outra atitude	5	2,1
BASE [(a)]	**240**	

(a) Considerando que um mesmo entrevistado tenha citado mais de uma opção de resposta, registrou-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Em consonância com os dados apresentados anteriormente (Tabela 4), a maioria (82,3%) dos adolescentes presenciou algum ato de violência na escola, principalmente a agressão verbal (44,5%) e física (37%), ocorrida frequentemente na sala de aula (42,4%) (Tabela 5). Dentre os adolescentes que presenciaram as agressões (48%) deles não tomou atitude alguma, e 20,8% apoiaram a vítima e/ou aconselharam-na a afastar-se do agressor (Tabela 5).

Ao serem questionados sobre o fato de terem praticado atos de violência no ambiente escolar (Tabela 6), pouco mais da metade (51,9%) dos adolescentes afirmou ter tido atitudes agressivas para com algum estudante, professor ou qualquer outro funcionário da escola. Este subgrupo de autores de violência praticou principalmente a agressão verbal (55,6%) e a física (33,5%), geralmente sozinhos (65,0%) ou seja, sem o auxílio de outros indivíduos, dentro da sala de aula (49,7%), e contra um colega de sala (94,37%). A maioria dos adolescentes teve atitudes agressivas apenas uma vez (77,8%), e uma minoria as teve duas vezes (10,5%) ou três ou mais vezes (11,7%), sendo que 6,9% dos adolescentes declararam ter agredido e/ou perseguido a mesma pessoa mais de uma vez.

As principais razões que levaram à prática do ato violento foram brincadeira (44,8%), irritação (15,7%) e vingança (15,2%). De modo semelhante ao relatado anteriormente (Tabela 4), cerca de metade (53,6%) dos casos de agressão foi presenciado por terceiros, os quais, em sua maioria, não tomaram atitude alguma (47,4%), ou então apoiaram o agressor e/ou sorriram da situação (26,3%) (Tabela 6). Pouco mais da metade dos agressores (55,4%) afirmou que gostaria de ter tido um comportamento diferente para com os agredidos, não reagindo às provocações (25,6%) ou controlando-se melhor (24,7%). Entretanto, 28,4% dos agressores declararam não querer mudar o seu comportamento.

Tabela 5 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato terem presenciado algum ato de violência na escola. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Nas duas últimas semanas, alguma vez você viu alguém ser vítima de alguma agressão, por parte de colegas ou de outras pessoas da escola?		
Sim	529	82,3
Não	114	17,7
TOTAL	**643**	**100,0**
Tipos de agressão presenciadas nas duas últimas semanas		
Física	318	37,0
Verbal	385	44,5
Psicológica	72	8,33
Patrimonial	54	6,2
Sexual	25	3,0
Outras agressões	10	1,2
BASE (a)	**864**	
Ao presenciar a agressão, que atitude você tomou?		
Não fez nada	281	48,0
Fugiu/ Teve medo	14	2,4
Recorreu a um adulto	52	8,9
Pediu ao agressor para parar	89	15,2
Apoiou o agressor/ Sorriu da situação	14	2,4
Apoiou a vítima/ Aconselhou a vítima a afastar-se do agressor	122	20,8
Aproximou-se pra ver/ Outra atitude	13	2,2
BASE (a)	**585**	
Em qual local da escola essas situações ocorreram?		
Sala de aula	304	42,4
Pátio	139	19,4
Corredores e/ou escadas	131	18,3
Refeitório	41	5,7
Espaço de Educação Física	33	4,4
Banheiro	14	2,0
Outro	54	7,54
BASE (a)	**716**	

(a) Considerando que um mesmo entrevistado tenha citado mais de uma opção de resposta, registrou-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

Tabela 6 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao fato dos adolescentes terem sido os autores do(s) ato(s) de violência na escola. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Nas duas últimas semanas, alguma vez você teve atitudes agressivas contra alguém (estudante, professor ou qualquer outro funcionário da escola)?		
Sim	334	51,9
Não	309	48,1
TOTAL	**643**	**100,0**
Nas duas últimas semanas, quais tipos de atitudes agressivas você teve?		
Física	130	33,5
Verbal	216	55,6
Psicológica	20	5,1
Patrimonial	10	2,6
Sexual	6	1,5
Outras agressões	6	1,5
BASE [(a)]	**388**	
Em qual local da escola ocorreram essas situações?		
Sala de aula	195	49,7
Pátio	66	16,8
Corredores e/ou escadas	66	16,8
Refeitório	18	4,6
Espaço de Educação Física	11	2,8
Banheiro	17	4,3
Outro	19	4,8
TOTAL	**392**	
Nas duas últimas semanas, quantas vezes você teve essa atitude?		
Uma	260	77,8
Duas	35	10,5
Três ou mais	39	11,7
TOTAL	**334**	**100,0**
Você praticou essas atitudes em grupo ou sozinho?		
Sozinho	217	65,0
Em grupo	117	35,0
TOTAL	**334**	**100,0**

(continua)

(continuação)

VARIÁVEL	n	%
Nas duas últimas semanas, você agrediu ou perseguiu a mesma pessoa mais de uma vez?		
Sim	23	6,9
Não	311	93,1
TOTAL	**334**	**100,0**
Na sua opinião, quais razões o levaram a ter este comportamento?		
Vingança	57	15,2
Defesa de outros colegas	32	8,5
Desprezo	18	4,8
Brincadeira	168	44,8
Reação a provocadores	32	8,5
Irritação	59	15,7
Outro motivo	9	2,4
BASE [(a)]	**375**	
Quem eram essas pessoas?		
Colega de sala	319	94,37
Professor(es)	9	2,6
Outro funcionário/ Diretor/ Coordenador / Outro funcionário da área administrativa	10	3,0
BASE [(a)]	**338**	**100,0**
Alguém presenciou essas situações?		
Sim	179	53,6
Não	155	46,4
TOTAL	**334**	**100,0**
O que fizeram as pessoas que presenciaram essas situações?		
Não fez nada	92	47,4
Fugiu/ Teve medo	3	1,5
Recorreu a um adulto	10	5,1
Pediu ao agressor para parar	15	7,7
Apoiou o agredido/ Aconselhou o agredido a se afastar do agressor	14	7,2
Apoiou o agressor/ Sorriu da situação	51	26,3
Aproximou-se para ver/ Outra atitude	9	4,6
BASE [(a)]	**194**	
Você gostaria de ter um comportamento diferente com essas pessoas?		
Sim	185	55,4
Não	149	44,6
TOTAL	**334**	**100,0**

(continua)

(conclusão)

VARIÁVEL	n	%
Se sim, o que você já fez para mudar esse comportamento?		
Não quero mudar o meu comportamento	99	28,4
Não reagir às provocações	89	25,6
Controlar-me melhor	86	24,7
Conviver mais com os colegas	48	13,8
Conviver menos com os colegas	7	2,0
Não fez nada	13	3,7
Outra atitude	6	1,7
BASE [(a)]	**348**	

(a) Considerando-se que um mesmo entrevistado tenha citado mais de uma opção de resposta, registrou-se a base para o cálculo dos percentuais e não o total.

5.1.3. Caracterização dos adolescentes segundo o apoio familiar e relacionamento interpessoal dentro e fora da escola

Em busca de uma maior compreensão sobre a visão dos adolescentes acerca do seu relacionamento interpessoal com os alunos da mesma escola e do apoio familiar que eles recebiam, os pesquisadores solicitaram aos adolescentes que respondessem às questões listadas na Tabela 7. A análise dos resultados evidenciou que, nos trinta dias que antecederam a pesquisa, a maioria (65,0%) dos adolescentes raramente/algumas vezes notou que os estudantes da sua escola estavam sendo gentis e colaboradores, e cerca de um sexto (17,9%) deles nunca percebeu este tipo de comportamento.

Em relação ao apoio familiar, houve uma distribuição homogênea dos percentuais de frequência de adolescentes que declararam que seus pais ou responsáveis nunca (29,1%), raramente/algumas vezes (36,2%), ou a maioria das vezes/sempre (34,7%) verificavam se suas tarefas escolares haviam sido feitas (Tabela 7). De modo semelhante, houve uma distribuição homogênea dos percentuais de frequência de adolescentes que consideraram que seus pais ou responsáveis nunca (21,5%), raramente (20,5%), ou algumas vezes (18,7%) entendiam seus problemas e preocupações. Os demais adolescentes consideraram que seus problemas e preocupações foram sempre (25,3%) ou na maioria das vezes (14,0%) compreendidos por seus pais ou responsáveis. Um elevado percentual de adolescentes (40,6%) declarou que seus pais ou responsáveis sempre sabiam o que eles estavam fazendo durante o seu tempo livre. Os percentuais de frequência das demais categorias de resposta variaram de 10,7% a 20,2% (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao apoio familiar e relacionamento interpessoal dentro e fora da escola. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Durante os últimos 30 dias, com que frequência percebeu que a maioria dos estudantes da sua escola estavam sendo gentis e colaboradores?		
Nunca	110	17,1
Raramente/ Algumas vezes	418	65,0
A maioria das vezes/ Sempre	115	17,9
Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam feitas?		
Nunca	187	29,1
Raramente/ Algumas vezes	233	36,2
A maioria das vezes/ Sempre	223	34,7
Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?		
Nunca	138	21,5
Raramente	132	20,5
Algumas vezes	120	18,7
A maioria das vezes	90	14,0
Sempre	163	25,3
Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?		
Nunca	69	10,7
Raramente	78	12,1
Algumas vezes	105	16,3
A maioria das vezes	130	20,2
Sempre	261	40,6
TOTAL [(a)]	**643**	**100,0**

(a) Valor utilizado para o cálculo dos percentuais para todas as questões desta tabela.

5.1.4. Caracterização dos adolescentes segundo o consumo de álcool e drogas

A análise das respostas dos adolescentes às questões relacionadas ao consumo de álcool e de outras drogas (Tabela 8) evidenciou que 16,5% deles consumiram pelo menos uma dose de bebida contendo álcool no período de trinta dias que antecederam a pesquisa. Neste subgrupo, houve predominância de adolescentes que tinham consumido 2 doses (23,6%) ou 4 ou mais (31,1%) doses de bebida alcoólica. Cerca de metade (49,1%) dos adolescentes adquiriu a bebida consumida em bar/restaurante/supermercado/vendedor de rua, e cerca de um terço (35,8%) a conseguiu com amigos.

Questionados se já haviam ficado embriagados durante a sua vida, a maioria (82,4%) dos adolescentes respondeu negativamente à questão, enquanto que 12,6% já se embriagaram de uma a duas vezes. Quase a totalidade (93,2%) dos adolescentes nunca consumiu drogas como loló, cola de sapateiro, lança perfume, maconha, crack e cocaína; dentre a minoria que respondeu afirmativamente, 5,3% utilizaram drogas deste tipo de uma a duas vezes.

Tabela 8 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Nos últimos 30 dias, você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?		
Sim	106	16,5
Não	537	83,5
TOTAL	**643**	**100,0**
Durante os últimos 30 trintas dias, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses usualmente bebeu por dia?		
Menos que 1 dose	13	12,3
Uma dose	19	17,9
Duas doses	25	23,6
Três doses	16	15,1
4 doses ou mais	33	31,1
TOTAL	**106**	**100,0**
Durante os últimos 30 dias, como conseguiu a bebida que você consumiu?		
Comprou num bar/ Restaurante/ Supermercado/ Vendedor de rua	52	49,1
Conseguiu com seus amigos	38	35,8
Conseguiu na sua casa	11	10,4
Roubou/ Conseguiu de alguma outra forma	5	4,7
TOTAL	**106**	**100,0**
***Durante a sua vida, quantas vezes ficou embriagado*?**		
Nenhuma	530	82,4
1 a 2	81	12,6
3 ou mais	32	5,0
TOTAL	**643**	**100,0**
Durante sua vida, quantas vezes utilizou drogas tais como loló, cola de sapateiro, lança perfume, maconha, crack, cocaína, etc.?		
Nenhuma	599	93,2
1 a 2	34	5,3
3 ou mais	10	1,6
TOTAL	**643**	**100,0**

5.1.5. Caracterização dos adolescentes segundo os hábitos de tabagismo

A análise das respostas dos adolescentes às questões relacionadas aos hábitos de tabagismo (Tabela 9) evidenciou que a maioria deles nunca fumou cigarros (84,3%). Aproximadamente três quartos (75,9%) dos pais ou responsáveis não tinham o hábito de tabagismo. Cerca de 20% dos adolescentes afirmaram que um deles – o pai, a mãe ou o responsável – consumiam cigarro e/ou tabaco, e 2% deles não souberam informar. Considerando-se o consumo de cigarro e/ou tabaco período de sete dias anteriores à pesquisa, percentuais semelhantes de adolescentes não presenciaram este ato (40,6%) ou o presenciaram durante 1-4 dias (36,5%).

Dentre os 15,7% de adolescentes que já tinham experimentado cigarro: (i) cerca de dois terços deles (61,4%) o fizeram pela primeira vez quando tinham entre 10 e 15 anos de idade – este percentual dividiu-se igualmente entre as faixas etárias de 10-13 anos (31,7%) e 14-15 anos (29,7%); (ii) durante o período de trinta dias que antecederam a realização da pesquisa, a maioria não fumou cigarros (64,4%) ou utilizou qualquer outra forma de tabaco (87,1%).

Tabela 9 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao hábito do tabagismo. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Hábito do tabagismo na vida		
Nunca fumou cigarro	542	84,3
Sim	101	15,7
TOTAL	**643**	**100,0**
Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?		
Menos de 10 anos	21	20,8
10 ou 13	32	31,7
14 ou 15	30	29,7
16 anos ou mais	18	17,8
TOTAL	**101**	**100,0**
Durante os últimos 30 dias, em quantos dias fumou cigarros?		
Nenhum	65	64,4
1 a 2	19	18,8
3 ou mais	17	16,8
TOTAL	**101**	**100,0**
Durante os últimos 30 dias, em quantos você usou qualquer outra forma de tabaco, tais como charuto, cigarro de palha, cachimbo ou cigarro de fumo de rolo?		
Nenhum	88	87,1
1 a 2	9	8,9
3 ou mais	4	4,0
TOTAL	**101**	**100,0**
Durante os últimos 7 dias, em quantos dias alguém fumou na sua presença?		
Nenhum	261	40,6
1 a 4	235	36,5
5 ou mais	147	22,9
TOTAL	**643**	**100,0**
Qual dos seus pais ou responsáveis usam alguma forma de tabaco?		
Nenhum	488	75,9
Pai ou responsável	67	10,4
Mãe ou responsável	53	8,2
Os dois	22	3,4
Não sabe	13	2,0
TOTAL	**643**	**100,0**

5.1.6. Caracterização dos adolescentes segundo os seus sentimentos e relacionamentos

Quando questionados sobre os seus sentimentos e relacionamentos predominantes nos últimos doze meses anteriores à realização da pesquisa (Tabela 10), aproximadamente um terço (31,1%) dos adolescentes respondeu que nunca havia se sentido sozinho, e pouco mais da metade (54,9%) havia tido este sentimento raramente ou algumas vezes. Quase um terço (28,8%) dos adolescentes já havia se sentido muito triste ou sem esperança quase todos os dias ou durante duas semanas ou mais seguidas, a ponto de ter que interromper as suas atividades normais. Uma parcela significativa dos adolescentes declarou ter se sentido sozinha na maioria das vezes ou sempre (14,0%), já ter pensado seriamente em tentar suicídio (17,4%), e inclusive já ter feito planos sobre como tentaria se suicidar (14,0%).

Tabela 10 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas aos sentimentos e relacionamentos. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se sentiu sozinho?		
Nunca	200	31,1
Raramente/ Algumas vezes	353	54,9
Na maioria das vezes/ Sempre	90	14,0
Durante os últimos 12 meses, você se sentiu muito triste ou sem esperança quase todos os dias ou durante duas semanas ou mais seguidas, a ponto de interromper suas atividades normais?		
Sim	185	28,8
Não	458	71,2
Durante os últimos 12 meses, você já pensou seriamente em tentar suicídio?		
Sim	112	17,4
Não	531	82,6
Durante os últimos 12 meses, você fez planos sobre como tentaria se suicidar?		
Sim	90	14,0
Não	553	86,0
TOTAL [(a)]	**643**	**100,0**

(a) Valor utilizado para o cálculo dos percentuais para todas as questões desta tabela.

5.1.7. Caracterização dos adolescentes segundo as suas atividades de lazer

As atividades de lazer preferidas dos adolescentes foram a prática de esportes (34,8%) e o uso do computador (31,9%) (Tabela 11). Em relação ao hábito de assistir TV nos dias letivos, em torno de dois terços (70,8%) dos adolescentes o faziam por mais de duas horas, sendo este percentual total distribuído da seguinte forma: 33,9% dos adolescentes assistiam TV por 4 horas ou mais; 17,1% por 3 horas; e 20,1% por 2 horas.

Tabela 11 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas às atividades de lazer. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Qual a atividade de lazer de sua preferência?		
Prática de esportes	224	34,8
Usar computador	205	31,9
Assistir TV	42	6,5
Jogar videogame	27	4,2
Jogar dominó ou cartas	10	1,6
Outras atividades	135	21,0
Nos dias letivos (segunda a sexta feira), quantas horas por dia você assiste TV?		
Não assiste	41	6,4
Menos de 1 hora	88	13,7
1 hora	59	9,2
2 horas	129	20,1
3 horas	110	17,1
4 horas ou mais	216	33,6
TOTAL [(a)]	**643**	**100,0**

(a) Valor utilizado para o cálculo dos percentuais para todas as questões desta tabela.

5.1.8. Caracterização dos adolescentes segundo o seu comportamento sexual

O comportamento sexual dos adolescentes foi mapeado através das questões listadas na Tabela 12. A análise dos resultados mostrou que aproximadamente um terço (30,6%) dos adolescentes já teve relação sexual. Neste subgrupo, a primeira relação sexual ocorreu principalmente na faixa etária de 12 a 14 anos (47,2%). Considerando-se todo o período de vida dos adolescentes, quase a metade (40,1%) deles teve relações sexuais com apenas uma pessoa, enquanto que cerca de um quinto (26,4%) dos adolescentes teve 4 ou mais parceiros sexuais. A maioria (69,5%) dos adolescentes afirmou que ele(a) ou o seu(ua) parceiro(a) utilizou preservativo no último ato sexual.

Tabela 12 – Distribuição absoluta e relativa da população do estudo, segundo as questões relacionadas ao comportamento sexual. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	n	%
Você já teve relação sexual?		
Sim	197	30,6
Não	446	69,4
TOTAL	**643**	**100,0**
Qual a sua idade quando você teve a primeira relação sexual?		
Menos de 12 anos	20	10,2
12 a 14 anos	93	47,2
15 ou mais	84	42,6
TOTAL	**197**	**100,0**
Durante toda a sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?		
Uma	79	40,1
Duas	36	18,3
Três	30	15,2
4 ou mais	52	26,4
TOTAL	**197**	**100,0**
Na última vez que teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo?		
Sim	137	69,5
Não	60	30,5
TOTAL	**197**	**100,0**

5.2. Resultados da fase analítica

5.2.1. Análise bivariada da associação das variáveis resposta com as variáveis sociodemográficas

Os resultados do estudo da associação entre cada uma das variáveis resposta (violência sofrida ou violência praticada) e o elenco de variáveis sociodemográficas estão apresentados nas Tabelas 13 a 18.

A maioria dos adolescentes (62,2%) sofreu violência no contexto escolar. Considerando-se a margem de erro fixada (5,0%), houve associação significativa da variável resposta violência sofrida com cada uma das variáveis sociodemográficas: faixa etária, sexo e grau de escolaridade ($p < 0,05$ e intervalos para RP que excluem o valor 1,00) (Tabela 13). Para estas variáveis sociodemográficas, pode-se destacar que o percentual de adolescentes que sofreram violência foi mais elevado entre aqueles que: (i) tinham entre 12 e 14 anos, comparado aos que tinham entre 15 e 18 anos (72,9% x 54,0%); (ii) eram do sexo masculino, comparado aos que eram do sexo feminino (68,7% x 58,6%); (iii) cursavam ensino fundamental, comparado aos que cursavam ensino médio (71,9% x 54,0%) (Tabela 13).

Houve associação significativa da prática de violência pelos adolescentes com cada uma das seguintes variáveis sociodemográficas: faixa etária, sexo, escolaridade do adolescente, e tempo de escolaridade da mãe. Para as três primeiras variáveis citadas ($p < 0,05$ e intervalos para RP que excluem o valor 1,00), pode-se destacar que o percentual de adolescentes que já praticaram atos de violência foi mais elevado entre aqueles que: (i) tinham entre 12 e 14 anos, comparado aos que tinham entre 15 e 18 anos (58,2% x 47,1%); (ii) eram do sexo masculino, comparado aos do sexo feminino (62,2% x 46,2%); (iii) tinham ensino fundamental, comparado aos que tinham ensino médio (60,0% x 45,1%) (Tabela 14).

O percentual de adolescentes que praticaram atos de violência diminuiu em função do aumento do tempo de escolaridade da mãe: 62,4% para aqueles cujo tempo de escolaridade da mãe era inferior a 8 anos; 49,1% para aqueles cujas mães estudaram durante 8 a 11 anos; e 43,8% para aqueles cujas mães tinham tempo de escolaridade igual ou superior a 12 anos ($p < 0,01$ e um dos intervalos para RP excluem o valor 1,00).

Tabela 13 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas do índice de violência sofrida, segundo os dados sociodemográficos. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	SOFREU VIOLÊNCIA				Valor de p[(a)]	RP (IC a 95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Faixa etária						
12 a 14	204	72,9	76	27,1	< 0,001*	1,35 (1,20 a 1,52)
15 a 18	196	54,0	167	46,0		1,00
Sexo						
Masculino	158	68,7	72	31,3	0,011*	1,17 (1,04 a 1,32)
Feminino	242	58,6	171	41,4		1,00
Estado civil						
Solteiro	373	62,0	229	38,0	0,610	1,00
Casado/União estável	27	65,9	14	34,1		1,06 (0,85 a 1,34)
Raça/cor [(b)]						
Branco	70	61,4	44	38,6	0,845	1,00
Não branco	330	62,4	199	37,6		1,02 (0,87 a 1,19)
Religião						
Católica	110	57,9	80	42,1	0,477	1,00
Evangélica	182	63,4	105	36,6		1,10 (0,94 a 1,27)
Espírita	14	70,0	6	30,0		1,21 (0,89 a 1,65)
Não tem	94	64,4	52	35,6		1,11 (0,94 a 1,32)
Escolaridade						
Ensino fundamental	212	71,9	83	28,1	0,001*	1,33 (1,18 a 1,50)
Ensino médio	188	54,0	160	46,0		1,00
Trabalha						
Sim	44	56,4	34	43,6	0,260	1,00
Não	356	63,0	209	37,0		1,12 (0,91 a 1,37)
Com quem reside						
Com os pais	210	63,3	122	36,7	0,817	1,10 (0,81 a 1,49)
Só com a mãe	149	60,8	96	39,2		1,06 (0,78 a 1,44)
Só com o pai	22	66,7	11	33,3		1,16 (0,79 a 1,69)
Com outra pessoa	19	57,6	14	42,4		1,00
Escolaridade da mãe						
Menos de 8 anos	124	66,7	62	33,3	0,324	1,09 (0,92 a 1,30)
8 a 11 anos	202	60,1	134	39,9		0,98 (0,83 a 1,16)
12 ou mais	74	61,2	47	38,8		1,00
Região em que reside						
Urbana	380	61,9	234	38,1	0,442	1,00
Rural	20	69,0	9	31,0		1,11 (0,87 a 1,43)

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
(b) Raça/cor que o entrevistado se considera.
* Diferença significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Tabela 14 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas do índice de violência praticada, segundo os dados sociodemográficos. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	PRATICOU VIOLÊNCIA				Valor de p [(a)]	RP (IC a 95%)
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Faixa etária						
12 a 14	163	58,2	117	41,8	0,005*	1,24 (1,07 a 1,43)
15 a 18	171	47,1	192	52,9		1,00
Sexo						
Masculino	143	62,2	87	37,8	< 0,001*	1,34 (1,16 a 1,55)
Feminino	191	46,2	222	53,8		1,00
Estado civil						
Solteiro	313	52,0	289	48,0	0,924	1,02 (0,75 a 1,38)
Casado/União estável	21	51,2	20	48,8		1,00
Raça/cor [(b)]						
Branco	54	47,4	60	52,6	0,281	1,00
Não branco	280	52,9	249	47,1		1,12 (0,91 a 1,38)
Religião						
Católica	80	54,8	66	45,2	0,762	1,22 (0,73 a 2,02)
Evangélica	95	50,0	95	50,0		1,11 (0,67 a 1,84)
Espírita	150	52,3	137	47,7		1,16 (0,71 a 1,91)
Não tem	9	45,0	11	55,0		1,00
Escolaridade						
Ensino fundamental	177	60,0	118	40,0	< 0,001*	1,33 (1,15 a 1,54)
Ensino médio	157	45,1	191	54,9		1,00
Trabalha						
Sim	39	50,0	39	50,0	0,714	1,00
Não	295	52,2	270	47,8		1,04 (0,83 a 1,32)
Com quem reside						
Com os pais	174	52,4	158	47,6	0,841	1,00
Só com a mãe	123	50,2	122	49,8		0,96 (0,82 a 1,13)
Só com o pai	19	57,6	14	42,4		1,10 (0,81 a 1,50)
Com outra pessoa	18	54,5	15	45,5		1,04 (0,75 a 1,44)
Escolaridade da mãe						
Menos de 8 anos	116	62,4	70	37,6	0,002*	1,42 (1,13 a 1,79)
8 a 11 anos	165	49,1	171	50,9		1,12 (0,89 a 1,41)
12 ou mais	53	43,8	68	56,2		1,00
Região em que reside						
Urbana	315	51,3	299	48,7	0,134	1,00
Rural	19	65,5	10	34,5		1,28 (0,97 a 1,68)

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
(b) Raça/cor que o entrevistado se considera.
* Diferença significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Neste estudo, foi analisada a existência de associações significativas entre a faixa etária (Tabelas 15 e 16) ou o sexo (Tabelas 17 e 18) dos adolescentes com o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas, a ideação suicida, a atividade sexual, a ocorrência de violência no ambiente escolar, o tipo de agressão sofrida, e o tipo de agressão praticada.

Houve associação significativa da faixa etária dos adolescentes com as variáveis: uso de álcool, uso de tabaco, uso de drogas ilícitas, ideação suicida, e prática de atividade sexual (Tabela 15). Pode-se destacar que os percentuais de adolescentes que praticaram os atos relativos às variáveis citadas foram mais elevados na faixa etária de 15 a 18 anos do que na faixa etária de 12 a 14 anos. Comparando-se estas faixas etárias, em termos numéricos, foram encontrados os seguintes percentuais, respectivamente: 27,6% x 8,3% para o uso de álcool; 26,0% x 7,4% para o uso de tabaco; 10,2% x 3,9% para o de uso de drogas ilícitas; 24,0% x 15,3% para a ideação suicida; 45,4% x 13,7% para a prática de atividade sexual (Tabela 15).

A faixa etária dos adolescentes também se associou de modo significativo com as variáveis violência sofrida do tipo física, e violência praticada dos tipos física e verbal (Tabela 16). Comparando-se as duas faixas etárias – 12-14 anos e 15-18 anos –, verificou-se que os adolescentes com idades entre 12 e 14 anos foram vítimas de violência com maior frequência (26,6% x 19,0%), enquanto que os adolescentes com idades entre 15 e 18 anos foram vítimas/agressores com maior frequência (65,9% x 75,3%). Os percentuais de adolescentes que sofreram e que praticaram violência física foram mais elevados na faixa etária de 12 a 14 anos, comparado à faixa etária de 15 a 18 anos, com os seguintes percentuais, respectivamente: 37,3% x 27,0% para violência sofrida; 53,4% x 25,1% para violência praticada. Por outro lado, o percentual de adolescentes que praticaram violência verbal foi mais elevado na faixa etária de 15 a 18 anos (71,3% x 57,7%) (Tabela 16).

Tabela 15 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas do uso de álcool, do uso de drogas ilícitas, da ideação suicida e da atividade sexual, segundo a faixa etária. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	FAIXA ETÁRIA (anos)				Valor de p [(a)]	RP (IC a 95%)
	12 a 14		15 a 18			
	n	%	n	%		
Uso de álcool						
Sim	17	8,3	54	27,6	< 0,001*	1,00
Não	187	91,7	142	72,4		3,31 (1,99 a 5,50)
Uso de tabaco						
Sim	15	7,4	51	26,0	< 0,001*	1,00
Não	189	92,6	145	74,0		3,54 (2,06 a 6,08)
Uso de drogas ilícitas						
Sim	8	3,9	20	10,2	0,014*	1,00
Não	196	96,1	176	89,8		2,60 (1,17 a 5,77)
Ideação suicida						
Sim	32	15,7	47	24,0	0,037*	1,00
Não	172	84,3	149	76,0		1,53 (1,02 a 2,29)
Atividade sexual						
Sim	28	13,7	89	45,4	< 0,001*	1,00
Não	176	86,3	107	54,6		3,31 (2,27 a 4,82)

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
* Diferença significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Tabela 16 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas da tipologia da agressão sofrida e da agressão praticada no ambiente escolar, segundo a faixa etária. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL		FAIXA ETÁRIA (anos) 12 a 14 n	12 a 14 %	15 a 18 n	15 a 18 %	Valor de p	RP (IC a 95%)
Envolvimento em situações de violência							
Vítima		59	26,6	40	19,0	0,132 (a)	n.d.
Agressor		18	8,1	15	7,1		
Vítima/ Agressor		145	65,3	156	73,9		
Agressão sofrida							
Física	Sim	76	37,3	53	27,0	0,029 (a),*	1,00
	Não	128	62,7	143	73,0		1,38 (1,03 a 1,84)
Verbal	Sim	143	70,1	149	76,0	0,182 (a)	1,25 (0,90 a 1,73)
	Não	61	29,9	47	24,0		1,00
Psicológica	Sim	21	10,3	23	11,7	0,645 (a)	1,00
	Não	183	89,7	173	88,3		1,14 (0,65 a 1,99)
Patrimonial	Sim	15	7,4	11	5,6	0,480 (a)	1,00
	Não	189	92,6	185	94,4		1,31 (0,62 a 2,78)
Sexual	Sim	12	5,9	14	7,1	0,609 (a)	1,00
	Não	192	94,1	182	92,9		1,21 (0,58 a 2,56)
TOTAL		**204**	**100,0**	**196**	**100,0**		
Agressão praticada							
Física	Sim	87	53,4	43	25,1	< 0,001 (a),*	1,00
	Não	76	46,6	128	74,9		2,12 (1,58 a 2,85)
Verbal	Sim	94	57,7	122	71,3	0,009 (a),*	1,48 (1,10 a 1,99)
	Não	69	42,3	49	28,7		1,00
Psicológica	Sim	8	4,9	12	7,0	0,417 (a)	1,00
	Não	155	95,1	159	93,0		1,43 (0,60 a 3,41)
Patrimonial	Sim	4	2,5	6	3,5	0,751 (b)	1,00
	Não	159	97,5	165	96,5		1,43 (0,41 a 4,97)
Sexual	Sim	4	2,5	2	1,2	0,439 (b)	n.d.
	Não	159	97,5	169	98,8		
TOTAL		**163**	**100,0**	**171**	**100,0**		

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
(b) Valor de *p* determinado através do teste Exato de Fisher.
* Diferença significativa de 5,0%.
n.d.: Não foi possível determinar devido à ocorrência de mais de duas categorias ou de frequências muito baixas.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Verificou-se a existência de associação significativa ($p < 0,05$) entre o sexo dos adolescentes e a prática de atividade sexual, sendo o percentual mais elevado entre os participantes do sexo masculino (38,6% x 23,1%) (Tabela 17). Houve associação significativa também do sexo dos adolescentes com as variáveis: violência física sofrida, sofreu violência, praticou violência e sofreu/praticou violência no ambiente escolar (Tabela 18). Em relação à primeira variável, a maior diferença entre os sexos foi registrada no grupo de adolescentes que sofreu violência, sendo o percentual mais elevado no sexo feminino (26,8% x 16,9%). Os adolescentes do sexo masculino foram as vítimas mais frequentes de violência física (40,5% x 26,9%).

Tabela 17 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas do uso de álcool, do uso de drogas ilícitas, da ideação suicida e da atividade sexual, segundo o sexo dos adolescentes. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL	SEXO				Valor de p [(a)]	RP (IC à 95%)
	Masculino		Feminino			
	n	%	n	%		
Uso de álcool						
Sim	28	17,7	43	17,8	0,990	1,00
Não	130	82,3	199	82,2		1,00 (0,65 a 1,54)
Uso de tabaco						
Sim	25	15,8	41	16,9	0,768	1,00
Não	133	84,2	201	83,1		1,07 (0,68 a 1,69)
Uso de drogas ilícitas						
Sim	11	7,0	17	7,0	0,981	1,00
Não	147	93,0	225	93,0		1,01 (0,49 a 2,10)
Ideação suicida						
Sim	25	15,8	54	22,3	0,111	1,00
Não	133	84,2	188	77,7		1,41 (0,92 a 2,17)
Atividade sexual						
Sim	61	38,6	56	23,1	0,001*	1,00
Não	97	61,4	186	76,9		0,60 (0,44 a 0,81)

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
* Diferença significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Tabela 18 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas da tipologia da agressão sofrida e da agressão praticada no ambiente escolar, segundo o sexo dos adolescentes. Recife - PE, 2013.

VARIÁVEL		SEXO				Valor de p	RP (IC à 95%)
		Masculino		Feminino			
		n	%	n	%		
Envolvimento em situações de violência							
Vítima		29	16,9	70	26,8	0,054 (a) *	
Agressor		14	8,1	19	7,3		
Vítima/ Agressor		129	75,0	172	69,5		
Agressão sofrida							
Física	Sim	64	40,5	65	26,9	0,004 (a),*	1,00
	Não	94	59,5	177	73,1		1,51 (1,14 a 2,00)
Verbal	Sim	107	67,7	185	76,4	0,055 (a) *	1,37 (0,99 a 1,89)
	Não	51	32,3	57	23,6		1,00
Psicológica	Sim	15	9,5	29	12,0	0,437 (a)	1,00
	Não	143	90,5	213	88,0		1,26 (0,70 a 2,28)
Patrimonial	Sim	8	5,1	18	7,4	0,346 (a)	1,00
	Não	150	94,9	224	92,6		1,47 (0,65 a 3,30)
Sexual	Sim	12	7,6	14	5,8	0,473 (a)	1,00
	Não	146	92,4	228	94,2		1,31 (0,62 a 2,76)
TOTAL		**158**	**100,0**	**242**	**100,0**		
Agressão praticada							
Física	Sim	56	39,2	74	38,7	0,938 (a)	1,00
	Não	87	60,8	117	61,3		1,01 (0,77 a 1,33)
Verbal	Sim	91	63,6	125	65,4	0,732 (a)	1,05 (0,79 a 1,41)
	Não	52	36,4	66	34,6		1,00
Psicológica	Sim	10	7,0	10	5,2	0,503 (a)	1,00
	Não	133	93,0	181	94,8		1,34 (0,57 a 3,12)
Patrimonial	Sim	6	4,2	4	2,1	0,336 (b)	1,00
	Não	137	95,8	187	97,9		2,00 (0,58 a 6,97)
Sexual	Sim	3	2,1	3	1,6	1,000 (b)	1,00
	Não	140	97,9	188	98,4		1,34 (0,27 a 6,52)
TOTAL		**143**	**100,0**	**191**	**100,0**		

(a) Valor de *p* determinado através do teste Qui-quadrado de Pearson.
(b) Valor de *p* determinado através do teste Exato de Fisher.
* Diferença significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

A análise da associação da violência sofrida com o uso de álcool, o uso de drogas ilícitas, a ideação suicida e a atividade sexual revelou a existência de associação significativa ($p < 0,05$; intervalos para RP que excluem o valor 1,00) entre a ocorrência de violência sofrida com a variável ideação suicida (Tabela 19). Por outro lado, não foram verificadas associações significativas ($p < 0,05$) entre a ocorrência de violência praticada com nenhuma das variáveis analisadas - uso de álcool, uso de drogas ilícitas, ideação suicida, e atividade sexual (Tabela 20).

Tabela 19 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas da violência sofrida, segundo cada uma das variáveis: uso de álcool, uso de drogas ilícitas, ideação suicida e atividade sexual. Recife - PE, 2013.

Variável	Total		Violência sofrida				Valor de p[(a)]	Análise bivariada RP (IC a 95%)
			Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%		
Uso de álcool								
Sim	106	16,5	71	67,0	35	33,0	0,267	1,09 (0,94 a 1,27)
Não	537	83,5	329	61,3	208	38,7		1,00
Uso de tabaco								
Sim	101	15,7	66	65,3	35	34,7	0,479	1,06 (0,91 a 1,24)
Não	542	84,3	334	61,6	208	38,4		1,00
Uso de drogas ilícitas								
Sim	44	6,8	28	63,6	16	34,6	0,840	1,03 (0,81 a 1,29)
Não	599	93,2	372	62,1	227	37,9		1,00
Ideação suicida								
Sim	112	17,4	79	70,5	33	29,5	0,045*	1,17 (1,02 a 1,34)
Não	531	82,6	321	60,5	210	39,5		1,00
Atividade sexual								
Sim	197	30,6	117	59,4	80	40,6	0,327	1,00
Não	446	69,4	283	63,5	163	36,5		1,07 (0,93 a 1,22)
TOTAL	**643**	**100,0**	**400**	**62,2**	**243**	**33,0**		

(a) Valor de p obtido através do teste Qui-quadrado de Pearson.
* Associação significativa de 5,0%.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

Tabela 20 – Análise bivariada e razões de prevalências brutas de violência praticada, segundo cada uma das variáveis: uso de álcool, uso de drogas ilícitas, ideação suicida e atividade sexual. Recife - PE, 2013.

Variável	Total		Violência sofrida				Valor de p[(a)]	Análise bivariada RP (IC a 95%)
			Não		Sim			
	n	%	n	%	n	%		
Uso de álcool								
Sim	106	16,5	58	54,7	48	45,3	0,532	1,06 (0,88 a 1,29)
Não	537	83,5	276	51,4	261	48,6		1,00
Uso de tabaco								
Sim	101	15,7	56	55,4	45	44,6	0,443	1,08 (0,89 a 1,31)
Não	542	84,3	278	51,3	264	48,7		1,00
Uso de drogas ilícitas								
Sim	44	6,8	25	56,8	19	43,2	0,503	1,10 (0,84 a 1,44)
Não	599	93,2	309	51,6	290	48,4		1,00
Ideação suicida								
Sim	112	17,4	59	52,7	53	47,3	0,864	1,02 (0,84 a 1,23)
Não	531	82,6	275	51,8	256	48,2		1,00
Atividade sexual								
Sim	197	30,6	110	55,8	87	44,2	0,189	1,11 (0,95 a 1,30)
Não	446	69,4	224	50,2	222	49,8		1,00
TOTAL	**643**	**100**	**334**	**51,9**	**309**	**48,1**		

(a) Valor de p obtido através do teste Qui-quadrado de Pearson.
RP: razão de prevalências; IC: intervalo de confiança.

6. Discussão

Tendo em vista os objetivos propostos, os resultados obtidos ao longo da presente investigação serão discutidos de modo a colocar em evidência a problemática da violência no contexto escolar e as suas relações com os fatores de risco individuais e ambientais para a saúde dos adolescentes.

A prevalência da violência no contexto escolar, na condição em que os adolescentes foram vítimas das agressões, foi de 62,2%. Os relatos da literatura apontam para uma prevalência diversificada, sendo estimada em 10% a 70% no Brasil (MALTA et al., 2010a; PRODÓCIMO et al., 2013; TORTORELLI; CARREIRO; ARAÚJO, 2010) e em 8% a 60% no cenário internacional (BLACK et al., 2010; CARVALHOSA, 2007; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; ESTÉVEZ; MURGUI; MUSITU, 2009; NANSEL et al., 2003). Apesar da diversificação da prevalência da violência no contexto escolar, estes estudos ressaltam questões centrais em comum: o espaço da escola não está imune à presença da violência, e a exposição dos adolescentes à violência escolar é uma preocupação mundial que tem levado os estudiosos de várias áreas de conhecimento a investigarem a ocorrência desse fenômeno.

Em relação à condição de o adolescente ser autor da violência, a prevalência foi relativamente inferior à encontrada para a condição de o adolescente ser vítima da violência (51,9% x 62,2%). Entretanto, o fato de presenciar os atos violentos foi citado por 82,3% dos adolescentes, demostrando que há uma maior expressão da violência escolar na condição de ser observador/testemunha. A violência verbal foi o tipo de agressão mais frequente relatado pelos adolescentes tanto na condição de vítima quanto na de agressor (54,2% x 55,6%), seguido da violência física (24% x 33,5%).

Um estudo realizado recentemente com o objetivo de estimar a prevalência de eventos violentos na vivência de escolares entre 11 e 15 anos de idade, em escolas públicas de Brasília - DF, revelou a alta incidência de violência psicológica (62,5%) e física (85,4%) (RIBEIRO et al., 2015). O percentual de casos de violência física relatado por esses autores foi expressivamente maior do que o encontrado no presente estudo e em outros estudos nacionais e internacionais (ANDRADE et al., 2012; BAO et al., 2015; CARLINI-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000; CELBİŞ et al., 2012; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2013; SILVA, R. et al., 2009).

No presente estudo, os principais protagonistas da violência foram os colegas de sala, citados tanto pelas vítimas quanto pelos os agressores (96,2% x 94,7) pesquisados. Este resultado corrobora com os dados de um estudo realizado com o intuito de identificar e caracterizar a violência em 28 escolas públicas municipais localizadas em um município do interior de Minas Gerais, em alunos com idades até 18 anos, onde 42,1% dos estudantes sofreram humilhações por parte de colegas de sala de aula (GONTIJO et al., 2013). De forma geral, os episódios de violência na escola que envolvem apenas os alunos são os que ocorrem com maior frequência e têm maior visibilidade para os diferentes atores desse contexto (GONTIJO et al., 2013). A violência sofrida pelos adolescentes na escola tem sido frequentemente perpetrada por colegas do próprio grupo de amigos ou por indivíduos que fazem parte de grupos rivais. Nesses casos, o sentimento de lealdade para com alguém costuma ser o estopim de discussões e agressões (ASSIS et al., 2011). Entretanto, a incidência da violência protagonizada pelos alunos não elimina a possibilidade da ocorrência da violência da escola contra eles (SOUZA, 2012).

Nos casos em que os adolescentes presenciaram a violência, cerca de 48% do total de expectadores não tomaram atitude alguma. A exposição à violência pode desencadear nos adolescentes o medo crônico, os episódios de regressão ao incidente violento, diversos distúrbios alimentares, e o consumo de álcool (BLAYA, 2006). A proximidade dos adolescentes com a violência contribui para banalizar o comportamento violento, tornando trivial a ocorrência de furtos, roubos, assaltos, estupros, agressões físicas, vinganças, homicídios, depredações, entre outros (ABRAMOVAY et al., 2002). Segundo Abramovay et al. (2002, p.58):

> A gratuidade da violência para os alunos é uma realidade, e o medo é comum em suas falas, muitos alunos referem que as violências no ambiente escolar fazem com que não consigam se concentrar nos estudos, conduzindo à perda da vontade de ir à escola.

Em relação à violência perpetrada entre os adolescentes no contexto escolar, dois fatos preocupantes revelados pelo presente estudo foram a elevada incidência (44,6%) de adolescentes agressores que afirmaram não querer mudar os seus comportamentos violentos, e o percentual significativo (26,3%) de adolescentes que, tendo presenciado a agressão, apoiaram o agressor e riram da situação. Um estudo semelhante constatou que as ações mais citadas pelos alunos que presenciaram os atos violentos foram “não fizeram nada” (47,10%) e “riram da situação” (19,76%)

(PRODÓCIMO et al., 2013). Tais atitudes dos alunos que presenciam a violência podem ser motivadas pelo desejo de melhorar o seus *status* frente aos pares, já que os agressores detêm a popularidade, ou por medo, numa atitude de autoproteção (SALMIVALLI; PEETS, 2010).

Os atos violentos ocorreram predominantemente na sala de aula. Este local foi o mais citado tanto na categoria de violência sofrida quanto na de violência praticada (45,9% x 49,7%), corroborando com outros estudos (MATEO; FERRER, MESAS, 2009; PRODÓCIMO et al., 2013). A sala de aula é um dos contextos de maior influência sobre o clima geral do estabelecimento e a integração dos alunos, podendo ser lugar de discriminação e humilhação quotidiana por parte dos alunos e dos docentes (BLAYA, 2006). Pesquisas recentes indicam que 70 a 80% das vítimas de violência e seus intimidadores estão na mesma turma na escola (SALMIVALLI, 2010).

Quanto à frequência da ocorrência dos comportamentos violentos na escola nas duas últimas semanas que antecederam a pesquisa, a maioria dos adolescentes vítimas (65,5%) e agressores (77,8%) referiram que o ato ocorreu apenas uma vez. No entanto, de acordo com os relatos, 12,5% das vítimas continuaram sendo agredidas, 11,7% dos agressores praticaram o ato três ou mais vezes, e 6,9% agrediram ou perseguiram a mesma pessoa mais de uma vez. Embora 23,5% das vítimas tenham sido agredidas por duas pessoas, 35,0% dos adolescentes agressores declararam ter praticado o ato em grupo, enquanto que 65,0% deles praticaram o ato sozinhos. As características desses resultados permitem classificar a violência sofrida e praticada por essa minoria como *bullying*, pelo caráter repetitivo da sua ocorrência (FANTE, 2003). Na PeNSE realizada no ano de 2009, cerca de 5,4% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental que participaram da pesquisa relataram ter sofrido *bullying* (MALTA et al., 2010b).

Embora o *bullying* não seja objeto de investigação isolado do presente estudo, é importante ressaltar que a ocorrência desta modalidade de violência na escola representa um evento muito importante na vida dos adolescentes, podendo trazer implicações negativas às relações sociais estabelecidas na escola e à saúde mental dos indivíduos, como isolamento social e sintomas de estresse, ansiedade e depressão (BANDEIRA; HUTZ, 2010; BLAYA, 2006; SEALS; YOUNG, 2003). O *bullying* pode causar mais danos emocionais do que danos físicos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015). Do ponto de vista

socioantropológico, o fenômeno *bullying* emerge de ações discriminatórias por vezes dissimuladas, tratando-se de um tipo de exclusão social capaz de oprimir, intimidar e machucar gradativamente (GUARESCHI; SILVA, 2008). Este fenômeno começa frequentemente pela não aceitação de uma diferença (FANTE, 2005) e evolui com o estabelecimento de relações desiguais de força ou violência simbólica entre os pares (BOURDIEU; PASSERON, 2011). A violência social, o *bullying* entre pares e a delinquência juvenil entraram na ordem do dia da nossa sociedade, sendo apontados como uma das principais preocupações da população, sobretudo das grandes cidades, constituindo-se em um ingrediente importante e irrefutável na dinâmica urbana contemporânea, onde os adolescentes se vêem envolvidos (SILVA et al., 2014a).

A análise dos resultados relativos à visão dos adolescentes acerca de seus relacionamentos interpessoais na escola e na família revelou que um percentual significativo dos adolescentes (65,0%) considerou que raramente/algumas vezes seus colegas de classe foram gentis e colaboradores. As relações de amizade são fundamentais, especialmente na fase da adolescência, principalmente porque influenciam a forma de o jovem agir em diversas situações da vida e reagir a elas. Além disso, esses relacionamentos, quando saudáveis, contribuem para o aumento da capacidade do adolescente de enfrentar positivamente as transformações inerentes a essa fase da vida e às adversidades do dia-a-dia (ASSIS et al., 2011). Em relação ao *status* dos pares e o sucesso escolar, ser popular ou aceito pelos pares geralmente está associado ao sucesso acadêmico, ao passo que ser rejeitado está relacionado a resultados acadêmicos negativos (BELLMORE; VILLARREAL; HO, 2011).

Em relação ao apoio familiar, 29,1% dos pais ou responsáveis nunca verificaram as tarefas escolares dos adolescentes, e 21,5% deles nunca entenderam os problemas dos adolescentes sob sua responsabilidade, na perspectiva dos adolescentes. A comunicação constitui-se como um pilar de sustentação imprescindível no contexto do adolescente, principalmente a comunicação familiar, que pode atuar como um importante fator de proteção no período da adolescência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A facilidade de comunicação com os pais reduz os riscos de comportamentos que coloquem os adolescentes em situações de vulnerabilidade (CURRIE et al., 2008). O acompanhamento dos deveres de casa é uma forma positiva de interação entre filhos e pais, além de ser

uma oportunidade de os pais acompanharem o desenvolvimento escolar dos filhos (CARVALHO, M., 2004; RAMIRES, 2004).

Outros estudos também evidenciam a fragilidade da família na sua função de apoio às crianças e adolescentes. No contexto atual, a sociedade está carente de mãe e pai, e faltam limites e critérios norteadores das ansiedades cotidianas que se exacerbam. Diante da necessidade de assumir outras tarefas, a fim de propiciar a provisão da família, cria-se uma lacuna que a escola não consegue preencher e que tem sido ocupada por outrem, a exemplo da televisão, da *internet* e também da troca de experiências com os pares (MARTINS; PILLON, 2008).

No presente estudo, 14,0% dos adolescentes declararam sentir solidão. Esse resultado é semelhante ao obtido na PeNSE realizada no ano de 2012, na qual 16,5% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental no Brasil declararam ter se sentido sozinhos nos doze meses que antecederam à pesquisa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Vale salientar que, no presente estudo, um percentual significativo de adolescentes (28,8%) já se sentiu muito triste ou sem esperança quase todos os dias ou durante duas semanas ou mais seguidas, a ponto de interromper as suas atividades normais, 17,4% pensaram seriamente em tentar o suicídio, e 14,0% fizeram planos sobre a forma de como suicidar. No Brasil, a taxa de suicídio entre adolescentes e jovens aumentou em 15,3%, passando de 2.515 para 2.900 suicídios entre 2002 e 2012. Levando-se em conta a população com idade igual ou superior a 15 anos, a faixa etária de 15 a 19 anos de idade foi a que apresentou maior crescimento do número de casos de suicídio de 1990 até 2012, o que já tem sido motivo de enorme preocupação (WAISELFISZ, 2014). Considerando-se que o suicídio é uma forma de violência autoinfligida, este fenômeno deve ser estudado de maneira apropriada, acurada e cuidadosa, para que sua divulgação possa prevenir perdas trágicas de vidas, principalmente na adolescência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Os adolescentes, ao mesmo tempo em que experimentam mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, vivenciam um importante momento para a adoção de novas práticas e comportamentos, o ganho de autonomia, e a exposição a diversas situações que envolvem riscos presentes e futuros para a saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Nesse sentido, a violência escolar entre adolescentes não pode ser visualizada de modo isolado de outros problemas de comportamento. Os adolescentes envolvidos em

violência escolar tendem, frequentemente, a desenvolver outros problemas, tais como o absentismo e o abandono escolar, o abuso de substâncias nocivas à saúde, a mentira compulsiva e a condução imprudente, bem como a apresentar altas taxas de doenças sexualmente transmissíveis (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2015).

Em relação aos comportamentos de risco para saúde, no presente estudo, 5,3% dos adolescentes utilizaram drogas e 16,5% consumiram bebidas alcoólicas; neste último grupo, 12,6% dos indivíduos já se embriagaram. Em um estudo semelhante desenvolvido em escolas públicas de ensino médio do município de São Carlos – SP, com adolescentes com idade média de 16 anos, o percentual do uso de drogas na escola (23%) foi maior do que o percentual do consumo de bebida alcoólica (19%) (LOPES et al., 2009). Na PeNSE realizada no ano de 2012, com estudantes do 9º ano do ensino fundamental, a prevalência do consumo de bebida alcoólica nos últimos trinta dias anteriores à pesquisa foi de 26,1%, sendo os episódios de embriaguez relatados por 21,8% (MALTA et al., 2014b). Comparando-se as prevalências do consumo de álcool relatadas em diferentes estudos, nota-se que os valores diferem em função da faixa etária dos sujeitos da pesquisa.

É importante destacar que as culturas juvenis se articulam com a construção e a adoção de estilos. Partindo desse entendimento, a bebida alcoólica tem assumido um lugar de bem simbólico para os adolescentes, e é possível que o limiar de tolerância possa estar se constituindo numa disputa, também simbólica, onde quem tem mais tolerância à bebida pode estar em vantagem sobre os demais, tidos como mais frágeis. A maior tolerância, contudo, ao contrário do que possa parecer, diz respeito à necessidade de quantidades progressivamente maiores de substância para produzir o efeito desejado, aumentando o risco de intoxicação (SOUZA, 2009).

Outro comportamento de risco para saúde analisado no presente estudo foi o consumo de tabaco. Cerca de 15% dos adolescentes já fumaram alguma forma de tabaco e, dentre estes, 61,4% o fizeram pela primeira vez quando tinham entre 10 e 15 anos de idade. Os resultados da PeNSE realizada em 2012 evidenciaram que a prevalência da experimentação do cigarro entre adolescentes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas do Brasil, foi de 19,6%, sendo a maior frequência de experimentação observada na Região Sul (28,6%) e a menor, na Região Nordeste (14,9%) do Brasil (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O tabaco é um dos determinantes mais importantes para o desencadeamento das doenças crônicas. Segundo a OMS, o tabaco lidera o *ranking* das causas de mortes preveníveis no mundo. Além disso, o início do tabagismo em idade precoce está associado ao aumento da chance de uso de outras substâncias nocivas à saúde, como álcool e drogas ilícitas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Uma pesquisa realizada com escolares portugueses revelou que, aos 13 anos de idade, cerca de 20% deles já experimentaram o tabaco, motivados principalmente pela curiosidade (45%). Em torno de 3% dos adolescentes fumavam com regularidade, sendo a prevalência de meninas fumantes (4,0%) duas vezes maior que a de meninos (1,9%) (FRAGA; RAMOS; BARROS, 2006). Na cidade de Belo Horizonte – MG, a prevalência de tabagismo entre adolescentes e jovens adultos foi de 11,7%, e o principal fator associado ao uso de tabaco foi o consumo excessivo de álcool (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011).

A OMS ressalta ainda que a utilização de álcool e de tabaco por indivíduos menores de 14 anos está associada ao aumento do risco de abandono escolar, de agressão, de suicídio e de intoxicação por álcool, e à maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde mental, com inúmeras consequências negativas a curto e a longo prazo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A análise dos dados relacionados ao comportamento sexual dos adolescentes evidenciou que aproximadamente um terço (30,6%) dos adolescentes já teve relação sexual. Neste subgrupo, a primeira relação sexual ocorreu principalmente nas faixas etárias de 12 a 14 anos (47,2%). A maioria dos adolescentes (40,1%) teve relação sexual com apenas um parceiro, mas um percentual significativo (26,4%) teve relação sexual com quatro ou mais parceiros. O percentual de uso de preservativo pelo adolescente e/ou seu parceiro na última relação sexual foi expressivo (69,0%). Corroborando estes resultados, um estudo sobre as relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros constatou que a idade média da primeira relação sexual foi de 14,8 anos (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011). Tal estudo ressaltou também que o intenso movimento cultural de liberação sexual contribui para o aumento da tendência de os jovens iniciarem a vida sexual precocemente, o que constitui um fato preocupante, tendo em vista que nem todos os adolescentes se protegem devidamente contra doenças sexualmente transmissíveis, e que as meninas estão expostas também à gravidez precoce (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011).

Em se tratando da realidade brasileira, é importante destacar que a erotização precoce e a massificação do estímulo à sexualidade ocorrem de forma aviltante, quer pelos apelos midiáticos, nos quais se expõem os corpos para atrair clientela para a venda de bebidas, roupas, eletrodomésticos, carros, entre outros bens, quer pelas questões culturais em que a música, os ritmos e as coreografias chegam a simular um ato sexual. Além destas questões, o bombardeio hormonal que ocorre na adolescência torna compreensível que, em resposta ao somatório de elementos mencionados, a iniciação da atividade sexual e as suas repercussões venham ocorrendo mais precocemente (SOUZA, 2009).

Um estudo realizado na cidade de Imperatriz, Estado do Maranhão, revelou que a maioria dos adolescentes escolares demonstrou ter conhecimentos coerentes sobre práticas sexuais e comportamentos de risco que os tornam vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao vírus HIV, o que foi apontado como um aspecto positivo para a prevenção destas doenças (COSTA et al., 2013). Apesar de os adolescentes possuírem maior conhecimento sobre a prevenção de DSTs do que os adultos, tal compreensão tem sido insuficiente para promover um comportamento sexual seguro (SANTOS; RODRIGUES; CARNEIRO, 2009).

As atividades de lazer preferidas dos adolescentes foram praticar esporte (34,8%) e usar o computador (31,9%). Embora apenas 6,5% dos adolescentes tenham mencionado assistir TV como sua atividade de lazer preferida, 33,6% dos adolescentes assistiam TV por 4 horas ou mais por dia durante o período letivo. A identificação prévia das atividades realizadas no contexto do lazer é um aspecto importante para o planejamento e a implementação de intervenções para promoção da atividade física no contexto escolar (HARDMAN et al., 2013).

O presente estudo também analisou a existência e o grau de associação de cada uma das variáveis resposta (violência sofrida e violência praticada) com cada uma das variáveis sociodemográficas. Constatou-se a existência de associação significativa da violência sofrida e praticada com a idade dos adolescentes, havendo uma maior prevalência de adolescentes na faixa etária de 12-14 anos em relação à faixa etária de 15-18 anos: 72,9% x 54,0% para violência sofrida, respectivamente; 58,2% x 47,1% para violência praticada, respectivamente. Estes resultados concordam com relatos da literatura de que os meninos mais jovens têm maior propensão para recorrer à violência como forma de interação (BLAYA; DEBARBIEUX; RUBI, 2003). Um estudo realizado na Espanha sobre *bullying*

evidenciou também a maior prevalência de envolvimento de estudantes mais novos em atos de violência, sendo de 30% entre os indivíduos de 13 e 14 anos, e de 27% entre os indivíduos de 15 e 16 anos (RODRÍGUEZ et al., 2005). Uma pesquisa realizada pela OMS para avaliar os comportamentos de saúde em crianças e adolescentes em idade escolar apontou que a intimidação, o assédio moral e a violência física são tipicamente mais comuns entre os meninos e, para os dois sexos, os atos de violência são menos frequentes entre os grupos etários mais velhos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A prevalência do envolvimento dos adolescentes em situações de violência, seja como agressor (62,2% masculino x 46,2% feminino) ou como vítima (68,7% masculino x 58,6% feminino), foi maior entre os adolescentes do sexo masculino, em comparação com o sexo feminino, corroborando com relatos da literatura de 17,5% (masculino) x 8,9% (feminino) (ANDRADE et al., 2012) e de 52,9% (masculino) x 28,5% (feminino) (CELBİŞ et al., 2012). Blaya (2006, p.80) refere que “a diferença de gênero reside, sobretudo, no tipo de violência exercido”, conforme demonstrado por estudos anteriores, onde os indivíduos do sexo masculino têm maior propensão para recorrer à violência física (BLAYA; DEBARBIEUX; RUBI, 2003). Independentemente do fato de a violência física ser cometida por meninas ou meninos, alguns pesquisadores apontam que ela tem sido utilizada como forma de comunicação e de resolução de conflitos, sendo naturalizada e banalizada, nos diferentes espaços sociais, o que suscita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que exigem o posicionamento de todos os atores envolvidos no fenômeno (ASSIS; MARRIEL, 2010).

O adolescente é vulnerável e susceptível às diversas influências do meio no qual está imerso, principalmente aquelas de natureza social, ética, moral, política e econômica. Em uma cultura enfraquecida de modelos identificatórios adequados, que banaliza, de forma generalizada, a violência, corre-se o risco de transformá-la em um valor a ser incorporado, validando-a como se representasse um comportamento positivo a ser imitado (LEVISKI,1997).

A violência praticada pelo adolescente mostrou associação significativa com o tempo de escolaridade da sua mãe. O percentual de adolescentes que praticaram algum ato de violência diminuiu em função do aumento do tempo de escolaridade materna, sendo de 62,4% para aqueles cujo tempo de escolaridade materna era inferior a 8 anos. O tempo de escolaridade materna menor que 8 anos também

mostrou associação significativa com a exposição do adolescente em idade escolar ao comportamento sedentário (POMPÍLIO et al., 2013).

A análise da associação da faixa etária e do sexo dos adolescentes com o tipo de violência sofrida e praticada revelou uma maior frequência de indivíduos com idades entre 12 e 14 anos na qualidade de vítima e agressor para a violência física. O percentual de adolescentes que praticou a violência verbal foi mais elevado na faixa etária de 15 a 18 anos, sendo que esse tipo de violência foi praticado e sofrido com maior frequência pelos indivíduos do sexo feminino. Estes resultados concordam com relatos da literatura de que os meninos são mais propensos a se envolverem em violência física, enquanto que as meninas têm maior probabilidade de sofrerem o *bullying* verbal, resultando em taxas de suicídio oito vezes mais elevados do que em seus pares do sexo masculino (GRUBER; FINERAN, 2007).

No presente estudo, houve associação significativa da faixa etária dos adolescentes com o consumo de álcool e de drogas ilícitas, a ideação suicida, e a atividade sexual precoce. Estes comportamentos foram mais frequentes na faixa etária de 15 a 18 anos. Observou-se ainda a associação significativa da violência sofrida com a ideação suicida. Estes resultados apontam para o fato de que o envolvimento dos adolescentes em situação de violência contribui para a adoção de outros comportamentos negativos, com reflexos em sua saúde presente e futura. Os adolescentes com ideações suicidas geralmente apresentam em seu histórico de vida o envolvimento em situações de violência, brigas e agressões, transgressão às leis e problemas de conduta em geral (RUCHKIN et al., 2003). Nesse contexto, identificar subgrupos com maior risco de se engajar simultaneamente em vários comportamentos de risco pode auxiliar no planejamento de estratégias preventivas (DUMITH et al., 2012).

Os adolescentes percebem claramente a interface entre o uso abusivo de bebidas alcoólicas e a violência nas suas diversas formas. Perante a complexidade desses problemas nos diversos campos da sociedade, faz-se necessário criar estratégias para trabalhar com eles, de modo a contribuir para a sua prevenção e enfrentamento (SOUZA, 2009). Analisar a violência nas suas mais diversas expressões, enquanto um fator de vulnerabilidade para os adolescentes, conduz à reflexão de que, para impedir a sua (re)produção, as iniciativas sócio-políticas devem buscar: (i) responder aos desafios de reconhecê-la e identificá-la com clareza; (ii) compreender melhor o processo de produção desse fenômeno; e (iii)

formar profissionais competentes e socialmente comprometidos no seu enfrentamento (SILVA et al., 2014b).

Compreende-se então o cenário escolar como um espaço de relações dentro de um contexto socioeconômico e cultural, o que o configura como um espaço político e também como um ambiente privilegiado para alcançar a promoção de saúde num enfoque ampliado, na perspectiva da construção de cidadania e do envolvimento dos diversos atores que compõem este universo: adolescentes, estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Portanto, a articulação do profissional de saúde com a escola é imprescindível para a execução de ações que visem à promoção da saúde dos adolescentes. As relações estabelecidas no espaço escolar favorecem o processo ensino-aprendizagem, que poderá contribuir para a construção de um pensamento crítico e reflexivo dos adolescentes nas suas práticas diárias. A inserção do enfermeiro no contexto escolar, enquanto profissional da saúde que visa o cuidado do outro numa visão holística, muito tem a contribuir para a adoção de hábitos saudáveis por esta população.

7. Conclusão

O universo escolar, ao mesmo tempo em que reflete processos de troca de conhecimentos e de construção de cidadania, pode representar um espaço permeado por inúmeras contradições e se apresentar como uma esfera produtora e reprodutora de violências nas suas mais diversas manifestações.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a violência sofrida e/ou praticada por adolescentes no contexto escolar e os fatores individuais e ambientais associados a este evento, visando contribuir para a construção de uma cultura de paz e subsidiar a implementação de políticas públicas voltadas para a população local. Os resultados obtidos ao longo do estudo evidenciaram a elevada prevalência da violência envolvendo adolescentes no contexto escolar, na condição de vítima, de agressor e/ou de expectador. Este cenário preocupante conduz à reflexão sobre a efetividade das ações das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e à prevenção da violência escolar.

Diariamente, alguns casos violência escolar são divulgados pela mídia, enquanto que outros nem chegam ao conhecimento da sociedade. A complexidade em que os fatos acontecem, envolvendo motivos fúteis, banais, são cada vez mais comuns. Os adolescentes brigam, agridem, e sofrem agressões físicas e morais muitas vezes por falta de orientação ou por medo. Muitos adolescentes se deixam levar por provocações, ou estabelecem uma norma de grupo, onde aquele que consegue intimidar o outro é considerado mais forte, mais poderoso. A violência, quando naturalizada e banalizada nos diferentes espaços sociais, expõe a toda a população às suas consequências, o que suscita o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e prevenção.

Neste estudo, foram constatadas associações significativas da violência com a exposição dos adolescentes a vários fatores de risco, apontando para o fato de que o envolvimento dos adolescentes em situações de violência contribui para a adoção de outros comportamentos negativos, que poderão refletir em sua saúde presente e futura, corroborando com a hipótese do trabalho. De acordo com os dados obtidos, pode-se concluir que a população estudada está exposta a comportamentos de risco para a saúde, tais como a violência, o uso de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, a atividade sexual precoce e a ideação suicida. O somatório de todas estas situações culmina em importante vulnerabilidade vinculada a fatores específicos como o gênero, a idade, o relacionamento interpessoal e as atividades de lazer, que poderão trazer consequências negativas e muitas vezes

trágicas para a vida dos adolescentes. Neste sentido, o presente estudo traz conhecimentos adicionais significativos para o contexto atual do fenômeno da violência no ambiente escolar, que poderão servir de subsídios para ações futuras que visem o desenvolvimento de habilidades sociais saudáveis e da autoestima, que são cruciais para o desenvolvimento dos adolescentes.

A investigação da agregação de comportamentos nocivos à saúde é vital, uma vez que é necessário identificar os determinantes comuns entre os diferentes tipos de comportamentos para que se possam traçar ações de prevenção dos danos e de promoção da saúde, com base nesses determinantes. A literatura existente mostra que, quanto mais precoce um programa preventivo for, melhores resultados poderão ser atingidos. Assim, a necessidade de se elaborar ações que visem à prevenção da violência e à promoção da saúde do escolar é salutar. Visando minimizar os efeitos da ocorrência da violência escolar, estas ações devem envolver a família, a escola e a comunidade, conscientizando principalmente os gestores para o enfrentamento e a prevenção, com base no entendimento de que todos os indivíduos são atingidos direta ou indiretamente.

Vale salientar que os resultados deste estudo têm significativas implicações para o engajamento dos profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, na elaboração de estratégias de ações educativas para saúde, com vistas a promover o pleno desenvolvimento dos adolescentes, habilitando-os para uma convivência social sadia e segura através de práticas saudáveis. Por se tratar de um fenômeno complexo que extrapola os muros do espaço escolar, o enfrentamento da violência suscita o trabalho em rede, envolvendo as áreas da saúde, educação, assistência social e justiça, numa perspectiva da integralidade. A integralidade é um dos pilares do Sistema Único de Saúde, e a força de trabalho em enfermagem constitui um contingente importante para a construção da integralidade do cuidado em saúde, que requer a articulação com vários setores que compõem a rede de assistência ao adolescente.

A comunidade acadêmica de Enfermagem pode atuar no desenvolvimento de projetos de extensão e realizar estágios curriculares no espaço escolar e em outros cenários de convivência dos adolescentes, propícios para o desenvolvimento de práticas cotidianas voltadas à participação cidadã, com postura sensível e acolhedora. Esta integração possibilitará a participação ativa dos adolescentes na

reflexão crítica da realidade e do seu papel na transformação do cenário da violência não só na escola, como também em outros espaços sociais.

Os dados epidemiológicos deste estudo contribuem para o entendimento da violência no contexto escolar e os fatores associados. Por se tratar de um estudo transversal, as características aqui apresentadas se referem a um momento específico, podendo sofrer modificações na medida em que forem implantadas ações de intervenção. Ressalta-se, portanto, a importância da realização de novos estudos para monitorar a ocorrência da violência no contexto escolar e avaliar a efetividade dos programas existentes de enfrentamento e prevenção desse fenômeno. Além de identificar e caracterizar a violência, tais estudos devem buscar aprofundar a sua compreensão, abarcando as experiências de todos os atores que compõem o cotidiano escolar.

Referências

ABRAMOVAY, M. **Cotidiano das escolas:** entre violências**.** Brasília: UNESCO, Observatório de Violência, Ministério da Educação, 2005. 404 p.

ABRAMOVAY, M.; RUAS, M. das G. **Violência nas escolas***.* Brasília: UNESCO, 2002. 400 p.

ABRAMOVAY, M.; CUNHA, A. L.; CALAF, P. P. **Revelando tramas, descobrindo segredos**: violência e convivência nas escolas. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, 2009. 496 p.

ABREU, M. N. S.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 935-943, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/11.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

ALMEIDA FILHO, A. J. et al . O adolescente e as drogas: consequências para a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 605-610, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a08>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

ALTMAN, D. G. **Practical statistics for medical research.** London: Chapman and Hall, 1991. 611 p.

ALVES, R. B.; ROSA E. M. Prevenção da violência na adolescência: propostas existentes no Brasil e as possibilidades de atuação na saúde pública. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 45-60, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=380>. Acesso em: 19 Mai. 2015.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a11.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2015.

Referências organizadas em ordem alfabética, cujas citações no texto seguem o sistema autor-data, de acordo com as recomendações de: UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas da USP. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP**: documento eletrônico e impresso Parte I (ABNT). 2. ed. São Paulo: Sistema Integrado de Bibliotecas da USP, 2009. 102 p. (Cadernos de Estudos, 9).

ASSIS, S. G.; MARRIEL, N. S. M. Reflexões sobre a violência e suas manifestações na escola. In: ASSIS, S. G; CONSTANTINO, P.; AVANCI, J. Q. (Org.). **Impactos da violência na escola** – um diálogo com professores. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, Fiocruz, 2010. p.41-64.

ASSIS, S. G. et al. Violência na família, na escola na comunidade e relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. S. C.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência**: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Cap. 6, p.153-182.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Adolescer:** compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn Nacional, 2001.

BAO, P. et al. Violence-related behaviors among adolescents and its association with cognitive emotion regulation strategies. **World Journal of Pediatrics**, Hangzhou, 2015, no prelo. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12519-015-0014-6>. Acesso em: 12 Mai. 2015.

BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. As implicações do *bullying* na auto-estima de adolescentes. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 14, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v14n1/v14n1a14>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

BELLMORE, A.; VILLARREAL, V. M.; HO, A. Y. Staying cool across the first year of middle school. **Journal of Youth and Adolescence**, New York, v. 40, n. 7, p. 776-785, 2011. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10964-010-9590-x>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

BERTOL, C. E.; SOUZA, M. Transgressões e adolescência: individualismo, autonomia e representações identitárias. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 824-839, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n4/ v30n4a12 .pdf >. Acesso em: 20 Abr. 2015.

BESERRA, M. A. **Violência doméstica contra criança e adolescente:** representação do profissional de saúde. 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

BESERRA, M. A. et al. Violência no contexto escolar: uma revisão integrativa sobre fatores de risco e intervenção. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, 2015. No prelo.

BLACK, D. S. et al. The influence of school-based natural mentoring relationships on school attachment and subsequent adolescent risk behaviors. **Health Education Research**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 892-902, 2010. Disponível em: <http://her.oxfordjournals.org/content/25/5/892.long>. Acesso em: 30 Jul. 2010.

BLAYA, C. **Violência e maus-tratos em meio escolar**. Lisboa: Instituto Piaget, 2006. 143 p.

BLAYA C; DEBARBIEUX E; RUBI S. **Violence à l'école et genre**: les filles, victimes ou agresseurs? – Une revuer de la question. Paris: UNESCO, 2003. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001467/146752f.pdf>. Acesso em: 12 Mai. 2015.

BONFIM, C. B. et al. Um estudo sobre a validade de construto da *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC) em uma amostra populacional urbana do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2215-2226, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011001100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. -C. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRANCO, B. M.; WAGNER, A.; DEMARCHI, K. A. Adolescentes infratores: rede social e funcionamento familiar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 125-132, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n1/a16v21n1.pdf> . Acesso em: 15 Mai. 2015.

BRANDÃO NETO, W. et al. Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 195-201, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200195&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. 132 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 6, Tomo II).

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde:** experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 304 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Promoção da Saúde, 6). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_ experiencias_ brasil_p1.pdf>. Acesso em 22 Abr. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 6 dez. 2007c. Seção 1, p. 2-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O que é vida saudável?** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000015495.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 93 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, 24). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf >. Acesso em: 22 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_ atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v.7). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica; Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão; Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica; Conselho Nacional da Educação; Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes curriculares nacionais gerais da educação básica**. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013a. 562p. Disponível em:< http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12663&Itemid=1152>. Acesso em: 28 Abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova novas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, através da revogação das Resoluções CNS nº 196/96, 303/2000 e 404/2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59-62.

BRASIL. [Estatuto da criança e do adolescente (1990)]. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico]: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 11. ed. Brasília (DF): Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014. 237 p. (Série Legislação, 113). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A.A. (Org.). **Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição?** Rio de Janeiro: IPEA, 2006. Cap. 1, p. 1-332.

CAMARGO, E. A. I., FERRARI, R. A. P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 937-945, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300030&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas em Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411 p.

CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. Escolas promotoras de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 107-115, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n2/01.pdf>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n6/3579.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

CARMO C. J; HARADA M. J. C. S. Violência física como prática educativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 849-856, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/pt_v14n6a04.pdf>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores.** Belo Horizonte: Câmara Intersetorial de Políticas Sociais da Prefeitura de Belo Horizonte, 2004. (Pensar BH – Política Social, 2).

CARTER, M. et al. Health outcomes in adolescence: association with family, friends and school engagement. **Journal of Adolescence**, London, v. 30, n. 1, p. 51-62, 2007. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/ S0140197105000631>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

CARVALHO, M. E. P. Escola como extensão da família ou família como extensão da escola? O dever de casa e as relações família-escola. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 25, p. 94-104, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n25/ n25a08.pdf>. Acesso em: 01 Mar. 2014.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>. Acesso em: 10 Mai. 2015

CARVALHOSA, S. F. **O *bullying* nas escolas portuguesas**. In: SEMINÁRIO "BULLYING, VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE EM CONTEXTO ESCOLAR", 2007, Lisboa. Disponível em: <http://aaa.fpce.ul.pt/documentos/seminario_bullying/ Resumo_Susana_Carvalhosa.pdf>. Acesso em 16 Mai. 2015.

CATINI, N. **Problematizando o *bullying* para a realidade brasileira**. 2004. 183 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2004.

CELBİŞ, O. et al. Violence among high school students in Malasya: a prevalence study. **Turkish Journal of Medical Sciences**, Ankara, v. 42, n. 2, p. 343-350, 2012. Disponível em: <http://journals.tubitak.gov.tr/ medical/issue.htm?id=1014>. Acesso em: 14 Mar. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Injury prevention & control**, 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/ youthviolence/ definitions.html>. Acesso em: 15 Jan. 2015.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. National Center for Injury Prevention and Control. Division of Violence Prevention. **Understanding School Violence** – Fact sheet, 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ violenceprevention/pdf/School_Violence_Fact_Sheet-a.pdf. Acesso em: 08 Mai. 2015.

CHARLOT, B. Prefácio. IN: ABRAMOVAY, M. (Coord.). **Cotidiano das escolas**: entre violências. Brasília: UNESCO, Observatório de Violência, Ministério da Educação, 2006. p. 17-25. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001452/145265por.pdf>. Acesso em 05 Jan. 2014.

COLE, M.; COLE, S. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 800 p.

COLLI, A. S. Adolescência. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A.; OKAY, Y. (Eds.). **Pediatria básica** – Tomo I. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p. 655.

COSTA, A. C. P. J. et al. Vulnerabilidade de adolescentes escolares às DST/HIV, em Imperatriz – Maranhão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p.179-186, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300023&lang=pt>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

CURRIE, C. et al. **Inequalites in young people´s health.** Health behavior in school-aged children - international report from the 2005-2006 survey. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe, 2008. 208 p. (Health policy for children and adolescents, 5). Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. E. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.39-54.

DEBARBIEUX, E. Violência nas escolas: divergências sobre palavras e um desafio político. In: BLAYA, C.; DEBARBIEUX, E. (Org.). **Violência nas escolas e políticas públicas.** Brasília: UNESCO, 2002. p. 59-92. Disponível em: <unesdoc.unesco.org/images/0012/001287/128720por.pdf>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

DEBARBIEUX, E. Violence in schools and globalisation. **Journal of Educational Administration**, Howard House, v. 41, n. 6, p. 582-602, 2003. Disponível em: <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/09578230310504607>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

DEBARBIEUX, E. **Violência na escola**: um desafio mundial? Lisboa: Instituto Piaget, 2006. 296 p.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. **Programa de atualização em medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008. v. 3, p 49-76.

DUMITH, S. C. et al. Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from Southern Brazil. **Preventive Medicine**, New York, v. 54, n. 6, p. 393-396, 2012. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512001004>. Acesso em: 05 Mai. 2015.

EISENSTEIN, E. Antropometria e pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 4, p. 193-194, 1994.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, 2005. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167>. Acesso em: 12 Jun. 2014.

EISENSTEIN, E.; COELHO, C. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente:** competências e habilidades. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2008. (Série B - textos básicos da saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2015.

ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 324 p.

ESTÉVEZ, E.; MURGUI, S.; MUSITU, G. Psychological adjustment in bullies and victims of school violence. **European Journal of Psychology of Education**, Lisboa, v. 24, n. 4, p. 473-483, 2009. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF03178762>. Acesso em: 05 Mai. 2015.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. **Escola que protege**: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Brasília: Ministério da Educação, Secad, UNESCO, 2007. 101 p. (Coleção Educação para Todos, 31). Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154588POR.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2014.

FANTE, C. A. Z. **Fenômeno *bullying*:** estratégias de intervenção e prevenção entre escolares (uma proposta de educar para a paz). São José do Rio Preto: Ativa, 2003.

FANTE, C. A. Z. **Fenômeno *bullying*:** como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus, 2005. 224 p.

FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA, E.A de. Comportamento de risco na adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, p. S125-S134, 2001. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54698/000386001.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2015.

FERREIRA, M. A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-224, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ tce/ v16n2/a02v16n2>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

FIALHO, V. et al. Espaços compartilhados e práticas vividas: cartografia social e espaços de mobilização do bairro de Santo Amaro – Recife/PE. **Iluminuras**, Porto Alegre, v. 16, n. 37, p. 212-241, 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/ iluminuras/article/viewFile/53149/32903>. Acesso em: 19 Mai. 2015.

FRAGA S, RAMOS E, BARROS H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 620-626, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n4/10.pdf>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

FREIRE, I. P.; SIMÃO, A. M. V.; FERREIRA, A. S. O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico - um questionário aferido para a população escolar portuguesa. **Revista Portuguesa de Educação**, Lisboa, v. 19, n. 2, p. 157-183, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rpe/v19n2/v19n2a08>. Acesso em 16 Mai. 2015.

FREIRE, A. N.; AIRES, J. S. A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do *bullying*. **Psicologia Escolar e Educacional**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 55-60, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-85572012000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

FONTOURA, C.; MACHADO FILHO, R. Escola e violência: uma revisão de fatos contemporâneos e algumas pesquisas. **EFDeportes.com, Revista Digital**, Buenos Aires, v. 18, n. 182, jul. 2013. Disponível em: <http://www.efdeportes.com>. Acesso em: 21 abr. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília: UNICEF, 2011. 182 p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11 .pdf>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Participação cidadã de adolescentes e jovens (marco de referência)**. Brasília: UNICEF, 2014. 90 p. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/participacao_cidada2015i.pdf>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor:** bebês, crianças, adolescentes e adultos. 3. ed. São Paulo: Phorte, 2005. 585 p.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GOMES, R. et al. **Êxito na prevenção da violência**: avaliação de experiências de prevenção das violências. Brasília, São Paulo: Ministério da Saúde, FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, HUCITEC, 2010.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D. Dimensões da violência contra crianças e adolescentes, apreendidas do discurso de professoras e cuidadoras. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. especial, p. 32-37, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14nspe/a03v14nspe.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2015.

GONTIJO, D. T. et al. Identificação e caracterização da violência escolar: subsídios para ações de enfrentamento. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 16-24, 2013. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/101/2.pdf>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

GRUBER, J. E.; FINERAN, S. The impact of bullying and harassment in the middle and high school girls. **Violence Against Women**, Thousand Oaks, v. 13, n. 6, p. 627-643, 2007. Disponível em: <http://vaw.sagepub.com/content/13/6/627.long>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

GUARESCHI, P. A.; SILVA, M. R. ***Bullying***: mais sério do que se imagina. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. 99 p.

HARDMAN, C. M. et al. Participação nas aulas de educação física e indicadores de atitudes relacionadas à atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 623-631, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092013000400010&script =sci_arttext >. Acesso em: 08 Jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2009**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. 138 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/ populacao/ pense/pense.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios:** síntese de indicadores – 2009. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. 288 p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/ pnad_sintese_2009.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2012**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. 256 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/ visualizacao/livros/liv64436.pdf>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pernambuco - Recife – Infográficos - Dados gerais do município**, 2015. Disponível em: <http://cidades. ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=261160&search=|recife>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

IRWIN JUNIOR, C. E.; BURG, S. J.; CART, C. U. America's adolescents: where have we been, where are we going? **Journal of Adolescent Health**, New York, v. 31, p. 91-121, 2002. Supplement 6.

KANN, L. et al. Youth risk behavior surveillance - United States, 2013. **The Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v.63, n. 4, p.1-168, 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/ss/ss6304.pdf?utm_source= rss&utm_medium=rss&utm_campaign=youth-risk-behavior-surveillance-united-states -2013-pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

KLOSINSKI, G. **A adolescência hoje**: situações, conflitos e desafios. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 2006. 197 p.

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

LEGNANI, E; LEGNANI, R. F. S; MORGENROTH, A. Reprodutibilidade e objetividade de um questionário sobre comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, Várzea Paulista, v. 7, n. 3, p. 351-356, 2008. Disponível em: <http://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/462/488>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

LERNER, R. M.; GALAMBOS, N. L. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v. 49, p. 413-446, 1998.

LEVISKY, D. L. **Adolescência e violência**: conseqüências da realidade brasileira. Porto Alegre: Artes Médicas,1997.

LINLEY, P. A.; JOSEPH, S. **Positive psychology in practice**. New Jersey: John Wiley & Sons, 2004.

LOPES, R. E. et al. Violência, escola e jovens de grupos populares urbanos: o caso de estudantes de ensino médio São Carlos/SP. **Revista HISTEDBR On-line,** Campinas, n. 34, p. 73-96, 2009. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/34/art05_34.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

LOPES NETO, A. A. *Bullying* - comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. S164-S172, 2005. Suplemento 5. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n5s0/v81n5Sa06>. Acesso em: 04 Abr. 2010.

MALTA, D. C. et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3053-3063, 2010a. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s2/a10v15s2.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

MALTA, D.C. et al. *Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p. 3065-3076, 2010b. Suplemento 2. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15s2/a11v15s2.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

MALTA et al. Situações de violência vivenciadas por estudantes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 158-171, 2014a. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00158.pdf>. Acesso em: 01 Jun 2015.

MALTA, D. C. et al. Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, p. 203-214, 2014b. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s1/pt_1415-790X-rbepid-17-s1-00203.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

MARRIEL, L. C. et al. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 127, p. 35-50, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v36n127/a0336127.pdf>. Acesso em: 05 Mai. 2015.

MARTINS, M. C.; PILLON, S. C. A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24. n. 5, p. 1112-1120, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 Jun. 2009.

MATEO, V. F.; FERRER, M. S.; MESAS, C. G. Un estudio descriptivo sobre el acoso y violencia escolar en la Educación Obligatoria. **Escritos de Psicología**, Málaga, v. 2, n. 2, p. 43-51, 2009. Disponível em: <http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/vol2_2/escritospsicologia_v2_2_6soriano.pdf>. Acesso em: 13 Mai. 2015.

MEIRELLES, Z. V.; RUZANY, M. H. Promoção de saúde e protagonismo juvenil. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 35-40. (Série B. Textos Básicos da Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2015.

MICHAEL, K.; BEN-ZUR, H. Risk-taking adolescents: associations with social and affective factors. **Journal of Adolescence**, London, v. 30, n. 1, p. 17-31, 2007. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Keren_Michael/publication/7043246_Risk-taking_among_adolescents_associations_with_social_and_affective_factors/links/54cb3fa30cf2517b7561646a.pdf>. Acesso em: 13 Mai. 2015.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 128 p.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1259-1267, 2007. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/ pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>. Acesso em: 01 Fev. 2015.

MINAYO, M. S. C.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência**: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. 238 p.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0034-71672010000300008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

MOREIRA, B. F. Terapia de família. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 155-167. (Série B. Textos Básicos da Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2015.

NANSEL, T. R. et al. Relationships between bullying and violence among US youth. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 157, n. 4, p. 348-353, 2003. Disponível em: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid= 481307>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

NICKNICH, M. Direito Penal Juvenil: A negação da cidadania ao adolescente. **Revista Âmbito Jurídico**, Rio Grande, v. XI, n. 49, 2008. Disponível em: <<http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura& artigo_id=4173>. Acesso em: 01 maio 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Saúde Mental, Transtornos Mentais e Comportamentais. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da mídia. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000. 10 p. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf.>. Acesso em: 10 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educación para la salud**: un enfoque integral. Washington: OPAS/OMS, 1995. (Série HSS/SILOS, 37).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Escolas promotoras da saúde**: fortalecimento da iniciativa regional. Estratégias e linhas de ação 2003-1012. Washington: OPAS, 2006. 72 p. (Série Promoção da Saúde, 4). Disponível em: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/EPSportu.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 133, p. 97- 125, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v38n133/a05v38n133.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. L. **Promoção da saúde**: a escola promotora de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. (Série Monográfica, 12). Disponível em: <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/ docs/1999/pel001.pdf>. Acesso em: 12 Abr. 2013.

PESSALACIA, J. D. R.; MENEZES, E. S.; MASSUIA, D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos - Centro Universitário São Camilo**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/80/Bioethikos_423-430_.pdf>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

PIGATTO N. A docência e a violência estudantil no contexto atual. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 303-324, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n67/a07v1867.pdf>. Acesso em: 12 Fev. 2015.

PLÁCIDO E SILVA, O. J. **Vocabulário jurídico**. 28. ed. São Paulo: Forense, 2009.

POMPÍLIO, R. G. S et al. Perfil sociodemográfico, comportamento sentário e nível de atividade física em adolescentes escolares. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 249-255, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/ index.php/saudpesq/ article/viewFile/2736/1967>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/ v12n2/v12n2a05.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

PRODÓCIMO, E. et al. Meninas também agridem? Estudo sobre agressão entre escolares. **Educação em Foco**, Juiz de Fora, v. 15, n. 1, p. 59-76, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/revistaedufoco/files/2011/05/Artigo-03-15.1.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

PRODÓCIMO, E. et al. Os adolescentes brasileiros e a violência entre pares na escola: o fenômeno visto de dentro para fora. **Interacções**, Lisboa, v. 9, n. 25, p. 202-225, 2013. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/2858/2363>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

RADZIK, M.; SHERER, S.; NEINSTEIN, L. S. Psychosocial development in normal adolescents. In: NEINSTEIN, L. S. (Ed.). **Adolescent health care:** a practical guide. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. Cap. 2, p. 35-38.

RAMIRES, V. R. R. As transições familiares: a perspectiva de crianças e pré-adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 183-193, 2004. Disponível em: <http://www. scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a05.pdf>. Acesso em: 01 Mai. 2013.

RIBEIRO, J. L P. **Introdução à psicologia da saúde**. 2. ed. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. 356 p.

RIBEIRO, I. M. P. et al. Prevalência das várias formas de violência entre escolares. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 54-59, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/1982-0194-ape-028-001-0054.pdf>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

ROBERS, S. et al. **Indicators of school crime and safety**: 2013 (NCES 2014-042/NCJ 243299). Washington: National Center for Education Statistics, 2014. 179 p. Disponível em: <http://nces.ed.gov/pubs2014/2014042.pdf>. Acesso em: 22 Abr. 2015.

RODRÍGUEZ, M. C. M. et al. **Los adolescentes españoles y su salud**: resumen del estúdio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. 79 p. Disponível em: <http://www.msssi.gob.es/ca/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adoles Resumen.pdf>. Acesso em: 16 Nov. 2014.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M. A.; ZAGONEL, I. P. S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 421-428, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342010000200026&script=sci_arttext>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. 570 p.

ROZENBERG, R. **Práticas contraceptivas de adolescentes brasileiras**: análise da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – 2006. 2010. 91f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

RUCHKIN, V. V. et al. Suicidal ideations and attempts in juvenile delinquents. **Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines**, Oxford, v. 44, n. 7, p. 1058-1066, 2003. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1469-7610.00190/abstract;jsessionid= BCAB93297F718FD8F53A1D696B3EAD1F.f03t04>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

RUZANY, M. H. Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p.21-25. (Série B. Textos Básicos da Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades.pdf>. Acesso em 20 Abr. 2015.

SAITO M. L. Adolescência, cultura, vulnerabilidade e risco - a prevenção em questão. In: SAITO, M. L.; DA SILVA, L. E. V. (Eds.). **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu, 2001. p.33-8.

SALMIVALLI, C. Bullying and the peer group: A review. **Aggression and Violent Behavior**, Tarrytown, v. 15, n. 2, p. 112-120, 2010.

SALMIVALLI, C.; PEETS, K. *Bullying* en la escuela: un fenómeno grupal. In: ORTEGA, R. (Ed.). **Agresividade injustificada, *bullying* y violencia escolar**. Madri: Alianza Editoral, 2010. p. 81-104.

SANTOS, S. M.; RODRIGUES, J. A.; CARNEIRO, W. S. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento de alunos do ensino médio. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 63-68, 2009. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista21-2-2009/4-%20Doencas%20sexualmente%20transmissiveis%20COR.pdf>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500021>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

SANTROCK, J. W. **Adolescência**. Porto Alegre: AMGH Editora, 2014. 527p.

SAWYER, S. M. et al. Adolescence: a foundation for future health. **The Lancet**, London, v. 379, n. 9826, p. 1630-1640, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22538178>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

SCHENKER, M; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>. Acesso em: 10 Mai. 2015.

SEALS, D.; YOUNG, J. Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, selfesteem, and depression. **Adolescence**, Roslyn Heights, v. 38, n. 152, p. 735-747, 2003.

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE PERNAMBUCO. 2015. Disponível em: <http://www.educacao.pe.gov.br/portal/?pag=1&men=70>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n1/13.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

SHIN, Y.; KANG, S. J. Health behaviors and related demographic factors among Korean adolescents. **Asian Nursing Research**, Seoul, v. 8, n. 2, p. 150-157, 2014. Disponível em: <http://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(14)00028-0/pdf>. Acesso em 15 Mai. 2015.

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 148-155, jan./mar. 2006. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v20n01/v20n01_11.pdf>. Acesso em: 04 Mai. 2015.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Desenvolvimento humano: desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 379-385, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n4/03.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2015.

SILVA, A. S.; DEUS, A. F. Comportamentos de consumo de haxixe e saúde mental em adolescentes: estudo comparativo. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 23, n. 2, p. 151-172, 2005. Disponível em: <www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a07.pdf>. Acesso em: 23 Mai. 2014.

SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/13.pdf>. Acesso em 15 Mai. 2015.

SILVA, R. A. et al. Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2737-2745, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n12/20.pdf>. Acesso em 12 Abr. 2014.

SILVA, M. A. I.; MELLO, D. F.; CARLOS, D.M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p. 287-293, 2010.

SILVA, M. A. I. et al. O olhar de professores sobre o *bullying* e implicações para a atuação da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 723-730, 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n4/pt_0080-6234-reeusp-48-04-723.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200619>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

SIMÕES, C. Parte IV. Perspectivas psicológicas sobre a saúde. Adolescentes e comportamentos de saúde. In: JORNADAS DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, II, 2010, Lisboa. **Alicerces**, Lisboa, v. III, n. 3, p. 223-242, 2010. Disponível em: <http://www.ipl.pt/sites/default/files/alicerces_3.pdf>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

SOLIMAN, A. et al. Advances in pubertal growth and factors influencing it: can we increase pubertal growth? **Indian Journal of Endocrinology and Metabolism**, Mumbai, v.18, p. S53-S62, 2014. Supplement 1. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266869/>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

SOUZA, M. R. Violências nas escolas: causas e consequências**. Caderno Discente do Instituto Superior de Educação***,* Aparecida de Goiânia, vol. 2, n. 2, p. 199-136, 2008. Disponível em: <http://www.faculdadealfredonasser.edu.br/files/pesquisa/Artigo%20VIOL%C3%8ANCIA%20NAS%20ESCOLAS%20-%20CAUSAS%20E%20CONSEQU%C3%8ANCIAS.pdf>. Acesso em: 13 Mai. 2015.

SOUZA, S. L. **Compreendendo o consumo de bebidas alcoólicas através do olhar d@s adolescentes**. 2009. 166 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

SOUZA, K. O. J. Violência em escolas públicas e a promoção da saúde: relatos e diálogos com alunos e professores. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 71-79, 2012. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2213/2434>. Acesso em: 16 Mai. 2015.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. **Psicologia do adolescente:** uma abordagem desenvolvimentista. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1999.

STEINBERG, L. Risk-taking in adolescence: what changes, and why? **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, v. 1021, p. 51-58, 2004. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1308.005/pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2015.

STEINBERG, L. Risk-taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. **Current Directions in Psychological Science**, Thousand Oaks, v. 16, n. 2, p. 55-59, 2007. Disponível em: <http://cdp.sagepub.com/content/16/2/55.full.pdf+html>. Acesso em: 15 Mai. 2015.

STEINBERG, L. A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. **Developmental Review**, New York, v. 28, n. 1, p. 78-106, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2396566/>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

STEINBERG, L. et al. Age differences in future orientation and delay discounting. **Child Development**, Chicago, v. 80, n. 1, p. 28-44, 2009. Disponível em: < http://psych.colorado.edu/~mbanich/p/AgeDiffFutureOrientation.pdf>. Acesso em: 01 Jun. 2015.

STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. A. Reflexões sobre o conceito de violência escolar e a busca por uma definição abrangente. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v.18, n. 1, p. 45-55, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n1/v18n1a05.pdf>. Acesso em: 15 Mai. 2015.

STRELHOW, M. R. W.; BUENO, C. O.; CÂMARA, S. G. Percepção de saúde e satisfação com a vida em adolescentes: diferença entre os sexos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 2, n. 2, p. 42-49, 2010. Disponível em: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/62/99>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

SUDBRACK, M. F. O. et al. **Adolescentes e drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano, 2003.

TORTORELLI, M. F. P.; CARREIRO, L. R. R.; ARAUJO, M. V. Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 32-42, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 Mai. 2015.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n22/04.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2015.

VILELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100021>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

VITARO, F; GAGNON, C. **Tous droits de reproduction, de traduction et d'adaptation reserves**. Quebec: Presses de l'Université du QuébecDépôt legal, 2000.

TURAGABECI, A. R.; NAKAMURA, K.; TAKANO, T. Healthy lifestyle behaviour decreasing risks of being bullied, violence and injury. **PLoS One**, San Francisco, v. 3, n. 2, p. 1-11 (e1585), 2008. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0001585>. Acesso em: 12 Fev. 2015.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2014:** os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil, 2014. 170 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneve: World Health Organization, 1998. 36 p. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>. Acesso em: 15 Mar. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Inequalities in young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2008. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/83695/fs_hbsc_17june2008_e.pdf.> Acesso em: 20 Nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Milestones in health promotion**: statements from global conferences. 35 p. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2011**. Geneva, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/>. Acesso em: 14 Abr. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global school-based student health survey (GSHS)**. Geneva, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/chp/gshs/en/>. Acesso em: 06 Fev. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent health**. WHO, 2015. Disponível em: < http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

ZAR, J. H. **Biostatistical analysis**. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall, 1999. 663 p.

Apêndices

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: "VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO CONTEXTO ESCOLAR E FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE"

Pesquisadora: Maria Aparecida Beserra

Justificativa dos objetivos: A violência no ambiente escolar é um grave problema de saúde pública e o conhecimento dessa realidade se faz necessário para o seu enfrentamento. A presente pesquisa tem como objetivo: Analisar a violência sofrida e/ou praticada por adolescente no contexto escolar correlacionando-a com fatores de risco individuais e ambientais, com vistas a propostas de ações futuras de promoção da saúde dos adolescentes no contexto escolar.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa quantitativa na qual serão utilizados questionários para identificar a violência sofrida e/ou pratica por adolescente na escolar e fatores de risco para a saúde.

Riscos e Desconfortos: Poderá ocorrer intimidação e constrangimento, porém esses desconfortos serão mínimos, já que os questionários são auto-aplicaveis e sem identificação do adolescente.

Benefícios: Baseado nos resultados da pesquisa os dados poderão servir de ferramenta para elaborar ações voltadas à promoção da saúde dos adolescentes na escola, com vista a diminuir a ocorrência do fenômeno da violência no ambiente escolar.

Para efetivação desta investigação, solicitamos sua participação, assegurando-lhe:

- Acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;
- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo, sem que isso traga prejuízo à sua atuação na instituição;
- Será mantida a privacidade quanto à identidade dos sujeitos da pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO (A)

Eu _____, responsável pelo adolescente _____

Declaro que, após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, e ciente dos meus direitos, autorizo a participação de meu filho (a) na pesquisa intitulada "VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO CONTEXTO ESCOLAR E FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE", como também autorizo a divulgação e a publicação em periódicos, revistas, apresentação em congressos, workshop e quaisquer eventos de caráter científico. Desta forma, rubrico todas as páginas e assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Recife, _____ de _____ de _____.

Assinatura do responsável pelo Adolescente_____

Assinatura do Adolescente _____

Assinatura do Pesquisador _____

Certa de sua atenção, agradeço pela disponibilidade em colaborar e me coloco à disposição para qualquer esclarecimento no endereço abaixo.

Pesquisadora: Maria Aparecida Beserra
Fone: (081) 32427697
E-mail: mcidabeserra@ig.com.br
Endereço: Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro.
Recife – Pernambuco

APÊNDICE B – Termo de Confidencialidade

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referência à pesquisa intitulada **VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO CONTEXTO ESCOLAR E FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE**, eu, Maria Aparecida Beserra, e minha orientadora, Maria das Graças Bomfim de Carvalho, comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, após o término da pesquisa, de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Ribeirão Preto ___/___/___

Assinatura e carimbo do Pesquisador Responsável:

Assinatura e carimbo da Orientadora:

Anexos

ANEXO A – Questionário sobre dados socioeconômicos e demográficos

QUESTIONÁRIO SOBRE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Adaptado de
GLOBAL SCHOOL-BASED
STUDENT HEALTH SURVEY (GSHS)

Nº de identificação: _____

Data: ____/____/_____

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de perguntas sobre você e seus hábitos de vida.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Qual a sua idade, em anos?

○ 12

○ 13

○ 14

○ 15

○ 16

○ 17

○ 18

2. Qual o seu sexo?

○ Masculino

○ Feminino

3. Em que série você está?

○ Ensino Fundamental (5ª a 8ª série)

○ Ensino Médio (1ª a 3ª série)

4. Qual o seu estado civil?

○ Solteiro (a)

○ Casado (a)/ vivendo com parceiro (a)

○ Outro

5. Você trabalha?

○ Não trabalho

○ Sou empregado com salário

○ Faço um estágio profissionalizante (com ou sem remuneração)

○ Trabalho como voluntário

6. Você mora com o seu pai?

○ Sim

○ Não

7. Você mora com sua mãe?

○ Sim

○ Não

8. Onde você mora (reside)?

○ Casa

○ Apartamento

○ Residência coletiva (alojamento, pensão, pensionato etc.)

○ Outro

9. A sua residência fica localizada em região/área:

○ Urbana

○ Rural

10. Você se considera:

○ Branco (a)

○ Preto (a)

○ Pardo (a)

○ Mulato (a)

○ Moreno (a)

○ Indígena (a)

○ Amarelo (a)

○ Outro (a)

11. Marque com um "X" a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe (ou da pessoa que cuida de você):

○ Minha mãe não estudou

○ Minha mãe NÃO concluiu o 1º grau

○ Minha mãe concluiu o 1º grau

○ Minha mãe NÃO concluiu o 2º grau

○ Minha mãe concluiu o 2º grau

○ Minha mãe NÃO concluiu a faculdade

○ Minha mãe concluiu a faculdade

○ Não sei

12. Existe banheiro dentro da sua casa?

○ Sim

○ Não

13. Existe geladeira dentro da sua casa?

○ Sim

○ Não

14. Existe computador na sua casa?

○ Sim

○ Não

15. A casa onde você mora foi deita de tijolos (casa de alvenaria)?

○ Sim

○ Não

16. Na casa onde você mora existe água encanada?

○ Sim

○ Não

CONSUMO DE ÁLCOOL E USO DE OUTRAS DROGAS

- As questões seguintes perguntam sobre ingestão de bebidas alcoólicas. Isso inclui cerveja, cachaça, vinho, vodka, rum, batida ou qualquer outra bebida contendo álcool.
- Beber álcool não inclui beber poucos goles de vinho por motivos religiosos.

17. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?

○ 0 dias

○ 1 ou 2 dias

○ 3 a 5 dias

○ 6 a 9 dias

○ 10 a 19 dias

○ 20 a 29 dias

○ Todos os 30 dias

18. Durante os últimos 30 dias, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses você usualmente bebeu por dia?

○ Eu não consumi álcool durante os últimos 30 dias

○ Menos que 1 dose

○ 1 dose

○ 2 doses

○ 3 doses

○ 4 doses

○ 5 ou mais doses

19. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a bebida que você consumiu?

○ Eu não consumi bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias

○ Eu comprei num bar, num restaurante ou num supermercado

○ Eu comprei de um vendedor de rua

○ Eu dei dinheiro a alguém para alguém comprar

○ Eu consegui com meus amigos

○ Eu consegui na minha casa

○ Eu roubei

○ Eu consegui de alguma outra forma

20. Durante a sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou embriagado (bêbado)?

○ Nenhuma vez

○ 1 a 2 vezes

○ 3 a 9 vezes

○ 10 vezes ou mais

21. Durante a sua vida, quantas vezes você teve ressaca, se sentiu doente, teve problemas com sua família ou amigos, faltou à escola ou se envolveu em brigas devido à ingestão de bebidas alcoólicas?

○ Nenhuma vez

○ 1 a 2 vezes

○ 3 a 9 vezes

○ 10 vezes ou mais

22. Durante a sua vida, quantas vezes você utilizou drogas tais como loló, cola de sapateiro, lança perfume, maconha, crack, cocaína ou outras?

○ Nenhuma vez

○ 1 a 2 vezes

○ 3 a 9 vezes

○ 10 vezes ou mais

HÁBITOS ALIMENTARES

23. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você sentiu fome porque não tinha comida suficiente na sua casa?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

• As questões seguintes são sobre a freqüência com que você consome alguns alimentos

24. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu frutas, como banana, laranja, abacaxi, goiaba ou outras?

○ Eu NÃO comi frutas nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 ou mais vezes por dia

25. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você tomou suco natural de frutas?

○ Eu NÃO tomei sucos nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 ou mais vezes por dia

26. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu verduras, como alface, cebola, tomate, pimentão, cenoura, beterraba e outras?

○ Eu NÃO comi verduras nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 vezes ou mais por dia

27. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você bebeu refrigerantes ou outras bebidas artificiais?

○ Eu não bebi refrigerantes nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 ou mais vezes por dia

28. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu feijão com arroz?

○ Eu não comi feijão com arroz nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 ou mais vezes por dia

HIGIENE

- As questões seguintes são sobre hábitos de higiene pessoal como escovar os dentes e lavar as mãos.

29. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você escovou os dentes?

○ Eu não escovei meus dentes nos últimos 30 dias

○ Menos de 1 vez por dia

○ 1 vez por dia

○ 2 vezes por dia

○ 3 vezes por dia

○ 4 ou mais vezes por dia

30. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você lavou as mãos antes de comer?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

31. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você lavou as mãos depois de usar o banheiro?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

32. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes por dia você usou sabonete ou sabão para lavar as suas mãos?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

SENTIMENTOS E RELACIONAMENTOS

- As questões seguintes são sobre os seus sentimentos e sobre a qualidade de seus relacionamentos.

33. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se sentiu sozinho?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

34. Durante os últimos 12 meses, com que freqüência você esteve tão preocupado com alguma coisa que não conseguiu dormir à noite?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

35. Durante os últimos 12 meses, você se sentiu "muito triste" ou "sem esperança" quase todos os dias ou durante duas semanas ou mais seguidos, a ponto de você ter que parar suas atividades normais?

○ Sim

○ Não

36. Durante os últimos 12 meses, você já pensou seriamente em tentar suicídio?

○ Sim

○ Não

37. Durante os últimos 12 meses, você fez planos sobre como tentaria se suicidar?

○ Sim

○ Não

38. Quantos amigos próximos (pessoas com quem você pode contar se precisar) você tem?

○ 0

○ 1

○ 2

○ 3 ou mais

• As questões seguintes são sobre o seu sono e a sua religiosidade.

39. Quantas horas, em média, você dorme por dia?

○ Menos de 4 horas por dia

○ De 4 a 6 horas por dia

○ De 6 a 7 horas por dia

○ De 7 a 8 horas por dia

○ De 8 a 10 horas por dia

○ Mais do que 10 horas por dia

40. Como você avalia a qualidade do seu sono?

○ Ruim

○ Regular

○ Boa

○ Muito boa

○ Excelente

41. Qual sua religião?

○ Não tenho religião

○ Católica

○ Evangélica

○ Espírita

○ Outra

42. Você se considera praticante da sua religião?

○ Sim

○ Não

ATIVIDADES FÍSICAS

• As questões seguintes são sobre atividades físicas. Atividade física é qualquer atividade que provoca um aumento nos seus batimentos cardíacos e na sua freqüência respiratória. Atividade física pode ser realizada praticando esportes, fazendo exercícios, trabalhando, realizando tarefas domésticas, dançando, jogando bola com os amigos ou andando a pé ou de bicicleta.

43. Durante uma semana típica ou normal, em quantas aulas de Educação Física você participa?

○ 0

○ 1

○ 2

○ 3

44. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu tempo livre, como exercícios, esportes, danças ou artes marciais?

○ Sim

○ Não

45. "Eu gosto de atividades físicas". O que você diria desta afirmação?

○ Discordo totalmente

○ Discordo em partes

○ Nem concordo, nem discordo

○ Concordo em parte

○ Concordo totalmente

46. Qual a atividade de lazer de sua preferência? (marcar apenas uma)

○ Praticar esportes

○ Fazer exercícios

○ Nadar

○ Pedalar

○ Jogar dominó ou cartas

○ Assistir TV

○ Jogar videogame

○ Usar o computador

○ Conversar com os amigos

○ Outras atividades

47. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você assiste TV?

○ Eu não assisto TV em dias da semana

○ < 1 hora por dia

○ 1 hora por dia

○ 2 horas por dia

○ 3 horas por dia

○ 4 horas por dia

○ 5 ou mais horas por dia

SEUS COMPORTAMENTOS NA ESCOLA

- As questões seguintes são sobre suas experiências na escola e em casa.

48. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você perdeu aula ou deixou de ir à escola sem permissão?

○ 0 dia

○ 1 a 2 dias

○ 3 a 5 dias

○ 6 a 9 dias

○ 10ou mais dias

49. Durante os últimos 30 dias, com que freqüência você percebeu que a maioria dos estudantes da sua escola estavam sendo gentis e colaboradores?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

50. Durante os últimos 30 dias, com que freqüência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam feitas?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

51. Durante os últimos 30 dias, com que freqüência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

52. Durante os últimos 30 dias, quantas vezes seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?

○ Nunca

○ Raramente

○ Algumas vezes

○ A maioria das vezes

○ Sempre

COMPORTAMENTO SEXUAL

- As questões seguintes são sobre relação sexual [isso inclui relação vaginal – quando um homem coloca o pênis na vagina de uma mulher; e, relação anal – quando um homem coloca o pênis no ânus de sua (seu) parceira (o)]:

53. Você já teve relação sexual?

○ Sim

○ Não

54. Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual?

○ Eu nunca tive uma relação sexual

○ Menos de 12 anos

○ 12 anos

○ 13 anos

○ 14 anos

○ 15 anos

○ 16 anos ou mais

55. Durante toda a sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?

○ Eu nunca tive uma relação sexual

○ 1 pessoa

○ 2 pessoas

○ 3 pessoas

○ 4 pessoas

○ 5 pessoas

○ 6 pessoas ou mais pessoas

56. Durante os últimos 12 meses, você tem tido relação sexual?

○ Sim

○ Não

57. Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu parceiro usou preservativo?

○ Eu nunca tive relação sexual

○ Sim

○ Não

58. Você conhece o contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte)?

○ Não tenho relações sexuais e não conheço

○ Não tenho relações sexuais, mas conheço

○ Tenho relações sexuais e não conheço

○ Tenho relações sexuais e conheço

59. Caso você tenha tido informações para a utilização do contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), onde obteve?

○ Nunca tive orientação

○ Pais ou parentes

○ Amigos

○ Profissionais de saúde

○ Propagandas

○ Farmácia

○ Escola

60. Você fez uso de contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte) nos últimos 12 meses?

○ Nunca tive relação sexual

○ Tenho relação sexual, mas nunca usei esse método (ou minha parceira nunca usou)

○ Sim, usei (ou minha parceira usou) 1 vez nos últimos 12 meses

○ Sim, usei (ou minha parceira usou) 2 vezes nos últimos 12 meses

○ Sim, usei (ou minha parceira usou) 3 vezes nos últimos 12 meses

○ Sim, usei (ou minha parceira usou) 4 vezes nos últimos 12 meses

○ Sim, usei (ou minha parceira usou) 5 ou mais vezes nos últimos 12 meses

61. Caso você tenha usado o contraceptivo de emergência (pílula do dia seguinte), como você ou sua parceira utilizou?

○ Nunca tive relação sexual

○ Tenho relação sexual, mas nunca usei esse método (ou minha parceira nunca usou)

○ Quando falta a menstruação

○ Antes da relação sexual

○ Antes das primeiras 72 horas da relação sexual desprotegida

○ Após as 72 horas da relação sexual desprotegida

TABAGISMO

• As questões seguintes são sobre o uso de cigarros ou outro tipo de tabaco

62. Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?

○ Eu nunca fumei cigarros

○ Menos de 8 anos

○ 8 ou 9 anos

○ 10 ou 11 anos

○ 12 ou 13 anos

○ 14 ou 15 anos

○ 16 anos ou mais velho

63. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

○ 0 dias

○ 1 ou 2 dias

○ 3 a 5 dias

○ 6 a 9 dias

○ 10 a 19 dias

○ 20 a 29 dias

○ Todos os 30 dias

64. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer outra forma de tabaco, tais como charuto, cigarro de palha, cachimbo, ou cigarro de fumo de rolo?

○ 0 dias

○ 1 ou 2 dias

○ 3 a 5 dias

○ 6 a 9 dias

○ 10 a 19 dias

○ 20 a 29 dias

○ Todos os 30 dias

65. Durante os últimos 12 meses, você já tentou parar de fumar cigarros?

○ Eu nunca fumei cigarros

○ Eu não fumei cigarros nos últimos 12 meses

○ Sim

○ Não

66. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias alguém fumou na sua presença?

○ 0 dias

○ 1 ou 2 dias

○ 3 ou 4 dias

○ 5 ou 6 dias

○ Todos os 7 dias

67. Qual dos seus pais ou responsáveis usam alguma forma de tabaco?

○ Nenhum

○ Pai ou responsável

○ Mãe ou responsável

○ Os dois

○ Eu não sei

ANEXO B – Questionário sobre violência na escola

QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA NA ESCOLA

Adaptado de Freire,
Simão e Ferreira (2006).

Nº de identificação: _____

Data: ____/____/_____

INSTRUÇÕES

A próxima página contém uma lista de questões sobre **violência ocorrida dentro da escola.** Devem ser respondidas de acordo com atos de violência em que você foi vítima, vitimizador ou expectador, no ambiente da escola.

VIOLÊNCIA NA ESCOLA

1. Nas duas últimas semanas, alguma vez **você se sentiu vítima** de alguma ou algumas das agressões abaixo, por parte de colegas, ou por parte de outras pessoas da escola?
Assinale um "X" nas opções que correspondem às situações em que **você foi vítima**.

○ Empurraram você com violência

○ Ameaçaram você

○ Humilharam ou zombaram de você

○ Bateram em você

○ Chamaram você de nomes ofensivos

○ Levantaram calúnias/rumores a seu respeito / disseram coisas más de você ou de sua família

○ Excluíram você do grupo / não quiseram conviver com você

○ Tiraram coisas de você (objetos pessoais, dinheiro etc)

○ Beliscaram, feriram você com algum objeto

○ Estragaram objetos pessoais ou roupas, de propósito

○ Apalparam ou acariciaram você, contra a sua vontade

○ Fizeram intrigas a seu respeito

○ Outras agressões ou perseguições

Quais? _____

2. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você foi perseguido ou agredido?

○ 1 vez

○ 2 vezes

○ 3 vezes

○ 4 ou mais vezes

3. Em que local ou locais da escola ocorreram essas situações?

○ Sala de aula

○ Pátio

○ Corredores e/ou escadas

○ Refeitório

○ Espaço de Educação Física

○ Banheiro

○ Outro

Qual? _____

4. Nessas situações, você foi agredido ou perseguido por quantas pessoas?

○ 1 pessoa

○ 2 pessoas

○ 3 ou mais pessoas

5. Quem era(m) essa(s) pessoa(s)?

○ Colega(s) de sala

○ Professor(a) ou professores(as)

○ Diretor(a), coordenador(a) ou outra(s) pessoa(s) da área administrativa

○ Outro(s) funcionário(s) da escola

6. Alguma dessas pessoas ou desses grupos te agrediu ou perseguiu mais de uma vez nas duas últimas semanas?

○ Não

○ Sim, 2 vezes

○ Sim, 3 vezes

○ Sim, 4 ou mais vezes

7. Você ainda continua sedo agredido ou perseguido por essa(s) pessoa(s)?

○ Sim

○ Não

8. Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?

○ Sim

○ Não

9. O que fez(fizeram) essa(s) pessoa(s) que presenciou(aram)?

○ Ninguém presenciou

○ Não fez nada

○ Fugiu / Teve medo

○ Recorreu a um adulto

○ Pediu ao agressor para parar

○ Aproximou-se para ver

○ Apoiou o agressor

○ Aconselhou você a afastar-se do agressor

○ Riu da situação

○ Apoiou você

○ Outra

Qual? _____

10. Nas duas últimas semanas, alguma vez **você viu alguém ser vítima** de alguma ou algumas das agressões abaixo, por parte de colegas, ou por parte de outras pessoas da escola?
Assinale um "X" nas opções que correspondem às situações em que **você viu alguém ser vítima**.

○ Empurrar com violência

○ Ameaçar

○ Humilhar ou zombar

○ Bater

○ Chamar de nomes ofensivos

○ Levantar calúnias/rumores ou dizer coisas más de alguém ou da família de alguém

○ Excluir do grupo / não querer conviver com alguém

○ Tirar coisas (objetos pessoais, dinheiro etc) de alguém

○ Beliscar, ferir com algum objeto

○ Estragar objetos pessoais ou roupas, de propósito

○ Apalpar ou acariciar, contra a vontade da pessoa

○ Fazer intrigas a respeito de alguém

○ Outras agressões ou perseguições

Quais? _____

11. O que você fez?

○ Não fiz nada

○ Fugi / Tive medo

○ Recorri a um adulto

○ Pedi ao agressor para parar

○ Aproximei-me para ver

○ Apoiei o agressor

○ Aconselhei a vítima a afastar-se do agressor

○ Ri da situação

○ Apoiei a vítima

○ Outra

Qual? _____

12. Em que local ou locais da escola ocorreram essas situações?

○ Sala de aula

○ Pátio

○ Corredores e/ou escadas

○ Refeitório

○ Espaço de Educação Física

○ Banheiro

○ Outro

Qual? _____

13. Nas duas últimas semanas, alguma vez **você teve para com alguém (estudante, professor(a) ou qualquer outro(a) funcionário(a) da escola)** alguma ou algumas das atitudes abaixo?
Assinale um "X" nas opções que correspondem às situações em que **você foi o vitimizador**.

○ Empurrar com violência

○ Ameaçar

○ Humilhar ou zombar

○ Bater

○ Chamar de nomes ofensivos

○ Levantar calúnias/rumores ou dizer coisas más de alguém ou da família de alguém

○ Excluir do grupo / não querer conviver com alguém

○ Tirar coisas (objetos pessoais, dinheiro etc) de alguém

○ Beliscar, ferir com algum objeto

○ Estragar objetos pessoais ou roupas, de propósito

○ Apalpar ou acariciar, contra a vontade da pessoa

○ Fazer intrigas a respeito de alguém

○ Outras agressões ou perseguições

Quais? _____

14. Nas duas últimas semanas, quantas vezes você teve essa(s) atitude(s)?

○ 1 vez

○ 2 vezes

○ 3 vezes

○ 4 ou mais vezes

15. Em que local ou locais da escola ocorreram essas situações?

○ Sala de aula

○ Pátio

○ Corredores e/ou escadas

○ Refeitório

○ Espaço de Educação Física

○ Banheiro

○ Outro

Qual? _____

16. Essas ações foram praticadas em grupo com outros colegas ou sozinho?

○ Sozinho

○ Em grupo

17. Nas duas últimas semanas, você agrediu ou perseguiu a mesma pessoa mais de uma vez?

○ Não

○ Sim, 2 vezes

○ Sim, 3 vezes

○ Sim, 4 ou mais vezes

18. Você continua agredindo ou perseguindo alguma dessas pessoas?

○ Sim

○ Não

19. Na sua opinião, quais as razões que o levam a ter este comportamento?

○ Vingança

○ Defesa de outros colegas

○ Desprezo

○ "Brincadeira"

○ Reação a provocadores

○ Irritação

○ Outra

Qual? _____

20. Quem era(m) essa(s) pessoa(s)?

○ Colega(s) de sala

○ Professor(a) ou professores(as)

○ Diretor(a), coordenador(a) ou outra(s) pessoa(s) da área administrativa

○ Outro(s) funcionário(s) da escola

21. Alguém presenciou essa(s) situação(ões)?

○ Sim

○ Não

22. O que fez(fizeram) a(s) pessoa(s) que presenciou(aram)?

○ Ninguém presenciou

○ Não fez nada

○ Fugiu / Teve medo

○ Recorreu a um adulto

○ Pediu a você para parar

○ Aproximou-se para ver

○ Apoiou você

○ Aconselhou a pessoa a afastar-se de você

○ Riu da situação

○ Apoiou o agredido

○ Outra

Qual? _____

23. Você foi castigado por causa dessa(s) situação(ões)?

○ Sim

○ Não

Se sim, qual foi o castigo?

_____

24. Alguém já te ajudou a mudar de comportamento?

○ Sim

○ Não

Se sim, quem?

_____

25. Você gostaria de ter um comportamento diferente com essas pessoas?

○ Sim

○ Não

Por quê?

_____

26. Se sim, o que você já fez para mudar seu comportamento?

- ○ Não quero mudar meu comportamento
- ○ Não reagir às provocações
- ○ Controlar-me melhor
- ○ Conviver mais com os colegas
- ○ Conviver menos com os colegas
- ○ Não fiz nada para mudar meu comportamento
- ○ Outra atitude

Qual? _____

ANEXO C – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CEP/UPE

PARECER CONSUBSTANCIADO

Registro CEP/UPE: 10/12
Área de Conhecimento: Ciências da Saúde
Instituição de Origem: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Titulo: Qualidade de vida e violência na adolescência dentro do contexto escolar: um problema de Saúde Pública.
Pesquisador Responsável: Maria Aparecida Beserra
Orientadora: Maria das Graças B. de Carvalho

O plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco CEP/UPE, no exercício de suas atribuições legais e em consonância com a Resolução 196/96 do CNS/MS, considera que o estudo objeto deste documento, é pertinente, com metodologia adequada aos objetivos propostos, não apresenta riscos, contem medidas protetoras ao sujeito, contém toda documentação exigida e não apresenta agravo ético. Sendo assim, o CEP/UPE opina favoravelmente ao pleito do pesquisador, considerando o projeto como **"APROVADO".**

O CEP/UPE informa ao pesquisador que tem por obrigação:

- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou do TCLE. Nestas circunstâncias, a inclusão de pacientes deve ser suspensa temporariamente, até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas;
- Comunicar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo;
- Para pesquisas com duração até 18 meses, apresentar relatório final após o término da pesquisa;
- Para pesquisas com duração acima de 18 meses, apresentar relatório parcial neste período e o relatório final após o término da pesquisa;
- O relatório final deverá ser entregue ao CEP uma via em CD.

Agradecemos a oportunidade de podermos contribuir para o avanço da ciência e na apreciação do referido projeto. Colocamo-nos à disposição, para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Reiteramos votos de sucesso.

Recife, 20 de março de 2012.

Prof. Dr. Antonio Pereira Filho
Prof. Adjunto da Universidade de Pernambuco - UPE

Prof. Dr. Antonio Pereira Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UPE
Av. Agamenon Magalhães, s/n Santo Amaro Recife – PE
CEP – 50100-010 – FONE:3183.3775
E-mail: comitê.ética@upe.pe.gov.br

ANEXO D – Autorização da Secretaria de Educação de Pernambuco

Secretaria de Educação e Esportes

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

GRE Recife Norte
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO

CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito a estudante **MARIA APARECIDA BESERRA** do programa Doutoramento Interunidade em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a desenvolver sua pesquisa intitulada VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA DENTRO DO CONTEXTO ESCOLAR E FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE, nas escolas João Barbalho, Luiz Delgado, José Maria, Almirante Tamandaré, Sylvio Rabello e Sizenando Silveira, sob a orientação da Professora Dra. Maria das Graças Bomfim de Carvalho.

Ciente dos objetivos e metodologia da pesquisa conforme projeto em anexo, e que me são assegurados os requisitos abaixo,

. O cumprimento das determinações éticas da Resolução 196/96 CNS/MS,

. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,

. Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,

. No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento.

Recife, 14 de fevereiro de 2014.

Gilvani Pilé

Gilvani Alves Pile Torres
GRE – Recife Norte
Gerente

GILVANI ALVES PILE TORRES
GERENTE
GRE RECIFE / NORTE
MAT. 175.367-3

GERÊNCIA REGIONAL DE EDUCAÇÃO RECIFE NORTE
Rua Coelho Leite, 80 – Santo Amaro – Recife – PE –CEP 50100-140.
PABX (81) 3181-2600 / FAX (81) 3181-2617
E-mail: regional.rn@educacao.pe.gov.br