



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE E BIOLÓGICAS
FACULDADE DE SAÚDE COLETIVA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

RAIMUNDA ELAINE ARAÚJO BARRETO

**CAPITAL SOCIAL E VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA: UM
ESTUDO COM ESCOLARES EM MARABÁ –PA.**

Marabá – PA

2019

RAIMUNDA ELAINE ARAÚJO BARRETO

CAPITAL SOCIAL E VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA: UM ESTUDO COM ESCOLARES EM MARABÁ –PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência final para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva à Faculdade de Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará – UNIFESSPA – Campus Marabá.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Viana Campos

Coorientadora: Profa. Dra. Carolina Marques Borges

Marabá – PA

2019

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP) Biblioteca Setorial Campus do Tauarizinho da Unifesspa

Barreto, Raimunda Elaine Araújo

Capital social e vulnerabilidade à violência: um estudo com escolares em Marabá-PA / Raimunda Elaine Araújo Barreto ; orientadora, Ana Cristina Viana Campos ; coorientadora, Carolina Marques Borges. — Marabá : [s. n.], 2019.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, 2019.

1. Violência na escola - Marabá (PA). 2. Jovens e violência. 3. Violência contra os adolescentes. 4. Saúde pública. 5. Populações vulneráveis - Marabá (PA). 6. Capital social (Sociologia). I. Campos, Ana Cristina Viana, orient. II. Borges, Carolina Marques, coorient. III. Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará. IV. Título.

CDD: 22. ed.: 371.782098115

RAIMUNDA ELAINE ARAÚJO BARRETO

CAPITAL SOCIAL E VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA: UM ESTUDO COM ESCOLARES EM MARABÁ –PA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Saúde Coletiva como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Comissão Julgadora:

Aline C. Cavalcanti

Prof.^a Dra. Aline Coutinho Cavalcanti
Avaliadora – IESB/FASC/UNIFESSPA

Mikaelle Claro Costa Silva Ferraz

Prof.^a Me. Mikaelle Claro Costa Silva Ferraz
Avaliadora – IESB/FASC/UNIFESSPA

AC

Prof.^a Dra. Ana Cristina Viana Campos
Professora Orientadora – IESB/FASC/UNIFESSPA
Presidente da Banca Examinadora

Marabá, Pará. Dezessete de dezembro de dois mil e nove.

Dedico esse trabalho a Deus, que sempre iluminou o meu caminho, e a intercessão da virgem Maria que alimentou minha alma com fé e esperança durante toda essa jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem ele eu nunca teria conseguido enfrentar essa jornada, graças a ele eu nunca pensei em desistir dos meus sonhos.

A minha mãe Dona Lena, que sempre esteve comigo nas horas mais difíceis e sempre rezou e reza para que tudo dê certo em minha vida, te amo com todo meu coração.

Aos meus queridos irmãos Alana, Amanda e Alonso, por se preocuparem comigo, pelas ligações de como estava indo a vida acadêmica, pelas caronas, pelos dinheiros para as inúmeras xerox (risos) amo vocês.

Ao meu companheiro, Neto que sempre esteve ao meu lado em todos os bons e maus momentos, que aguentou todos os meus estresses, que me levava de casa à 100 km para a faculdade durante muitas noites, você é parte dessa conquista, te amo.

A todos os meus familiares, avós, tios, tias, primos, sobrinhos, afilhados, por todo amor e vibrações positivas, amo cada um.

Aos meus queridos amigos de vida acadêmica, os ciclistas Jessiane e Christian, os sonsos (apelido carinhoso) Leilson, Gisele e Laís, a “dona da regulação do Brasil” Jeane, a Débora sempre meiga e delicada, Janaina amiga e parceira dos trabalhos acadêmicos, Taiana menina arretada de opinião forte, e em especial a minha amiga Juliana que sempre esteve comigo compartilhando choros e alegrias, parceira certa das viagens e das noites em claro de estudo, e dos almoços deliciosos, muito obrigada por sempre me ajudar quando preciso, vou levar todos vocês pra sempre em meu coração, passamos por tanta coisa juntos, alegrias, risadas, choros, desesperos (risos) passamos por tudo isso sempre unidos graças a Deus.

A minha orientadora, por toda dedicação e esforço que sempre me ajudou em todos os momentos da pesquisa e da graduação, com todas suas palavras de conforto que me acalmaram na hora do desespero, sem os seus ensinamentos e paciência eu jamais teria conseguido, levarei você pra sempre em meu coração.

A todos os docentes da Faculdade de Saúde Coletiva/ UNIFESSPA, pelo empenho e dedicação que cumprem essa profissão tão admirada, levarei comigo todos os ensinamentos compartilhados nesses cinco anos de graduação.

As Secretarias de Educação Municipal de Marabá e Estadual, que atenderam todos os nossos ofícios e solicitações.

Aos diretores e professores, que sempre me receberam tão bem nas escolas, sempre muito solícitos.

Aos alunos, que aceitaram participar gentilmente dessa pesquisa, pois sem a imensa colaboração deles eu não teria conseguido.

A todos os meus amigos, pela compressão das ausências em muitos momentos e pelo afastamento temporário.

GRATIDÃO!

“Bem-aventurado o homem que acha sabedoria, e o homem que adquire conhecimento;”

(Provérbios 3:13)

RESUMO

A Violência juvenil é um problema de saúde pública global, incluindo ações que vão desde bullying, luta física, agressões físicas e sexuais, até homicídio. No Brasil, os adolescentes fazem parte do grupo etário mais vulnerável à violência. O objetivo dessa pesquisa teve como propósito testar a associação entre o capital social e vulnerabilidade à violência entre adolescentes das escolas públicas do município de Marabá, Pará. Estudo transversal realizado com adolescentes escolares na faixa etária de 10 a 19 anos, utilizamos um questionário dividido em três blocos, o primeiro para a classificação socioeconômica do participante, o segundo para avaliar a experiência dos participantes com a violência e por último medir o capital social, permitindo compreensões, segundo os objetivos propostos. Participaram do estudo 1562 escolares, a maior parte da amostra do sexo feminino (60,4%), na faixa etária de 10 a 14 anos (57,4%), pardos (72,2%), 1081 (69,2%) estudantes estavam no ensino fundamental e 481 (30,8%) no ensino médio, distribuídos nos cinco núcleos urbanos do município de Marabá, os resultados entre classificação de exposição à violência e perfil socioeconômico de adolescentes escolares, com associação estatisticamente significativa para exposição a violência faixa etária ($p=0,000$), tipo de ensino ($p=0,000$), religião ($p=0,023$), moradia ($p=0,016$), atividade remunerada ($p=0,000$) e bairro ($p=0,001$). A associação entre a exposição à violência e os quatro domínios do capital social para os adolescentes ($p=0,000$). Menor coesão social na escola (61,6%) menor rede de amigos na escola (72,9%), menor coesão social no bairro/vizinhança (72,7%) estiveram associadas a menos exposição à violência. Apenas no domínio de Confiança/ escola e bairro/vizinhança, menor capital social neste domínio esteve estatisticamente associado a maior exposição à violência (58,4%) enquanto que maior capital social manteve-se associado com menor exposição à violência (55,9%). O capital social foi associado à exposição a violência de maneira direta em todos os domínios exceto, confiança/ escola e bairro/vizinhança, no qual constatou-se que adolescentes que tiveram maior capital social foram menos expostos à violência. Portanto, concluímos que a confiança no ambiente próximo pode ser um fator protetor contra a violência para esta amostra de adolescentes das escolas públicas do município de Marabá.

PALAVRAS-CHAVES: Capital Social, Vulnerabilidade, Violência, Adolescente, Escolar.

ABSTRACT

Youth violence is a global public health problem, including actions ranging from bullying, physical fighting, physical and sexual assault, and even murder. In Brazil, adolescents are part of the age group most vulnerable to violence. This research aimed to test the association between social capital and vulnerability to violence among adolescents from public schools in the city of Marabá, Pará. In the study including adolescents aged 10 to 19 years, a questionnaire was used and divided into three blocks: the first block for socioeconomic classification, the second one to evaluate the experience with violence and the last block to measure social capital. 1562 students participated in the study: 60.4% being female, 57.4% aged 10 to 14 years, 72.2% brown-skinned, 69.2% elementary school students and 30.8% high school students, from the five urban centers of Marabá. The relation between exposure to violence and the socioeconomic profile of school adolescents was with statistically significant association for exposure to violence age group ($p = 0.000$), type of education ($p = 0.000$), religion ($p = 0.023$), housing ($p = 0.016$), paid activity ($p = 0.000$) and neighborhood ($p = 0.001$). The association between exposure to violence and the four domains of social capital for adolescents ($p = 0.000$). There is an association between exposure to violence and the four domains of social capital for adolescents. The results relate the lower social cohesion at school (61.6%), the lower network of friends at school (72.9%) and lower social cohesion in the neighborhood (72.7%) to lower exposure to violence. With the exception of the trust/school and neighborhood/vicinity domains, social capital was inversely associated with exposure to violence, with adolescents with higher social capital being less exposed to violence (55.9%). For this sample of adolescents from public schools in the city of Marabá, it was concluded, therefore, that trust in the surrounding environment can be a protective factor against violence.

KEYWORDS: Social Capital, Vulnerability, Violence, Adolescent, School.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Perímetro urbano do município de Marabá, PA, Brasil.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e componentes, Marabá, PA.

TABELA 2. Matrículas alunos ensinos Fundamental e Médio no ano 2018, Marabá, PA.

TABELA 3. Distribuição da amostra estudantes ensino fundamental e médio por núcleos da cidade de Marabá. Marabá-Pará, 2019.

TABELA 4. Distribuição de frequências para o perfil socioeconômico dos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 5. Distribuição de frequências sobre os comportamentos em saúde e hábitos de vida dos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 6. Distribuição de frequência da exposição indireta a eventos menores de violência relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 7. Distribuição de frequência da exposição indireta a eventos fortes de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 8. Distribuição de frequência dos escolares à exposição direta a eventos leves de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 9. Distribuição de frequência dos escolares à assédio e drogas, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 10. Distribuição de frequência dos escolares à exposição direta a eventos fortes de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 11. Distribuição de frequência dos escolares à percepção de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 12. Capital Social para adolescentes escolares, segundo os domínios Coesão social na escola, Rede de amigos na escola, Coesão no bairro/vizinhança e Confiança/escola e bairro/vizinhança. Marabá, Pará, 2019.

TABELA 13. Distribuição de frequências para a classificação do escore total de Exposição de Insegurança e Violência para Adolescentes - CEIVA. Marabá, Pará, 2019.

TABELA 14. Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e perfil socioeconômico de adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 15. Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e comportamento em saúde e hábitos de vida de adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

TABELA 16. Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e domínios do capital social entre adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Distritos de Marabá, PA.

LISTA DE SIGLAS

CEIVA- Questionário de Exposição à Insegurança e Violência para Adolescentes

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

JVJ – Índice Vulnerabilidade juvenil

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SEDUC - Secretaria de Estado de Educação

SEMED - Secretaria Municipal de Educação

SCQ-AS - Capital Questionnaire for Adolescent Students

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos.....	20
3. REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 A adolescência.....	21
3.2 Capital Social e Saúde.....	23
3.3 Violência Juvenil e Vulnerabilidade.....	25
4. MÉTODOS	30
4.1Tipo de estudo	30
4.2 Local	30
4.3 Amostra/participantes	32
4.4 Critérios de elegibilidade	33
4.5 Instrumento	33
4.6 Coleta de dados	34
4.7 Análise dos dados	35
4.8 Aspectos éticos	35
5. RESULTADOS	37
6. DISCUSSÃO	59
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	78
Anexo A- Autorização Secretaria Municipal de Educação Marabá-PA (SEMED).....	79
Anexo B - Autorização Secretaria de Estado de Educação do Pará (SEDUC-PA)	80
Anexo C - Questionário.....	81
Anexo D - Termo de Consentimento Live e Esclarecido (TCLE).....	86
Anexo E - Folha de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	88

1. INTRODUÇÃO

A violência é considerada um fenômeno complexo, com raízes históricas e culturalmente construído nas relações sociais, e das transformações da humanidade até os dias de hoje. Expressa por uma conduta de abuso de poder, que envolvem episódios de força, tensão e desigualdade social, implicando em sofrimento e destruição (SOUZA, 2015).

As crianças e adolescentes, são apontados como as vítimas mais vulneráveis à violência (SOUTO et al., 2018). As práticas de violência se constroem a partir de comportamentos antiéticos vivenciados, especialmente, pelos adolescentes durante sua formação de vida, na família, escola e na comunidade. As consequências advindas dessa exposição muitas vezes são irreversíveis e resultam em danos físicos e psicológicos, além de prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação (MASCARENHAS, 2010).

Somente no ano de 2015, mais de 82 mil meninos e meninas na faixa etária de 10 à 19 anos morreram vítimas de homicídios ou de alguma forma de conflito armado ou violência coletiva, desses óbitos, 24,5 mil foram registrados na América Latina e no Caribe. Quando comparadas todas nações do mundo, A Agência da Organização das Nações Unidas (ONU) aponta que o Brasil é o sétimo país que mais mata jovens (ONU, 2017).

Esses homicídios não representam apenas problemas relacionados à segurança pública, como também de saúde, à medida que gera danos, lesões, incapacidades e mortes, correspondendo a altos custos físicos, emocionais e financeiros para esse setor (CERQUEIRA, MOURA, 2013). Ferreira et al. (2016) também aponta que a mortalidade dos jovens se coloca como um desafio não apenas pelo aspecto quantitativo, mas pela complexidade da problemática e suas consequências de ordem demográfica, econômica, social e de saúde.

Minayo (2006) pontua a violência como um fenômeno sócio- histórico e um problema de saúde pública. Visto que, além de afetar a saúde individual e coletiva, e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde conceitua violência como evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, que causam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros, (BRASIL, 2001). Entretanto, a diferencia de acidente, por serem estes de origem não intencional e evitável (RATES, et al, 2015).

Apesar de existirem inúmeros conceitos para violência, para este estudo adotaremos a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS). Para a OMS violência é:

O 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).

Os fatores de risco que influenciam a violência juvenil são complexos e se manifestam em diferentes estágios da vida do indivíduo. No nível individual envolvem fatores ligados a imperatividade, impulsividade, problemas de atenção, comportamentos agressivos, envolvimento precoce com drogas, álcool, tabaco rendimentos escolares baixos, dentre outros. Outro fator está ligado aos relacionamentos próximos (família, amigos, parceiros íntimos e colegas), bem como o fator relacionado à comunidade e sociedade, incluem vizinhança vulnerável ao crime, gangues e fornecimento local de armas e drogas ilícitas; facilidade de acesso a bebidas alcoólicas altos níveis de desigualdade de renda e pobreza (WHO, 2015).

Quanto mais fatores de risco se acumulam em uma pessoa ou em um contexto em particular, a probabilidade de que essa pessoa venha a se envolver com episódios de violência será bem maior (LOEBER et al., 2008).

Para Schenker e Cavalcante (2015), a vulnerabilidade em que os adolescentes estão expostos, pode ser compreendida por condições de desigualdade social ou falta de recursos materiais. Como também pela falta de socialização em família, falta de acesso à educação, trabalho, saúde, alimentação, alternativas diversificadas de lazer, ambientes escolares incentivadores, perda dos direitos fundamentais, alto índice de reprovação escolar, falta de perspectivas profissionais, de projetos para o futuro e a inserção precoce ao mundo do trabalho.

Com a perspectiva de compreender esse contexto, temos como objetivo testar a associação entre o capital social e vulnerabilidade à violência entre adolescentes escolares. Uma vez que o capital social pode dar uma contribuição para essa questão, pois este se baseia em relações não-monetárias precursoras de poder e influência (PATTUSSI, 2006).

Robert Putnam (2000) define capital social como “a natureza e extensão do envolvimento de um indivíduo em várias redes informais e organizações cívicas formais”. Essa interação entre os indivíduos de uma comunidade permite o questionamento sobre diversos problemas sociais que têm sido associados à existência, ou falta de capital social. Esses entre outros fatores podem justificar em partes os problemas que a juventude atravessa.

Diante de todas as mudanças que ocorrem com na sociedade brasileira, não é mais possível entender o perfil epidemiológico de vulnerabilidade juvenil à violência como um processo homogêneo. Essa discussão se faz necessária e poderá contribuir para o conhecimento mais profundo sobre o tema nesta faixa etária da população brasileira.

Portanto, acredita-se que a violência vivenciada por esses adolescentes tem consequências e repercussões em suas vidas e na sociedade. Sendo assim, vale ressaltar que nesta pesquisa é imprescindível investigar as condições e fatores associados em que esses adolescentes estão expostos.

A violência é um problema de saúde pública no Brasil grave e de difícil controle, já que estudos mostram que os adolescentes fazem parte do grupo etário mais exposto a violência, e com maior risco para mortes por causas externas (UNICEF, 2012; WAISELFISZ, 2014).

Dados do Relatório do Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência (IVJ) e o Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade Racial, publicado em 2017 ano base 2015, traz dados sobre a vulnerabilidade juvenil a violência de 304 municípios do Brasil que possuem mais de 100 mil habitantes. Esse índice é formado por quatro dimensões: violência entre os jovens, frequência à escola e situação de emprego, pobreza no município e escolaridade (BRASIL, 2017).

O IVJ traz questões inéditas, ao analisar o homicídio de jovens no Brasil a partir das variáveis de gênero e raça. Os dados mostraram que mais da metade das 59.080 pessoas mortas por homicídios em 2015 eram jovens (31.264, equivalentes a 54,1%), das quais 71% negras (pretas e pardas) e 92% do sexo masculino (BRASIL, 2017).

Quanto aos Estados com maior percentual de municípios no grupo de “Muito alta vulnerabilidade juvenil à violência” destacaram-se: Pará com 26,7%, Bahia 23,1% e Pernambuco com 23,1%, um quantitativo de 21 municípios, correspondendo a 2,1 % da população brasileira (4,2 milhões de habitantes) sendo estes mais de 729 mil adolescentes e jovens com idade entre 15 e 29 anos.

O município de Marabá aparece no ranking na 25ª posição, e no estado do Pará é a 5ª colocada, com o índice de 0,494 ficando à frente da capital do estado Belém, que teve índice de 0,489, o que avaliou o município de Marabá com o índice de “Alto” na escala da vulnerabilidade juvenil à violência, que até 0,300 é considerada “Baixa”, de 0,300 a 0,370 “Média-baixa”, de 0,370 a 0,450 “Média”, de 0,450 à 0,500 “Alta” e mais de 0,500 “Muito alta”, o que torna um cenário preocupante para adolescentes e jovens residentes no município.

Quando comparamos os indicadores de Marabá do IVJ dos anos de 2014 e 2017, observamos que ele diminuiu em 2017 quando comparado a 2014, a variável Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 0,582 para 0,494, Indicador de mortalidade por homicídio, 0,710 para 0,546, Indicador de mortalidade por acidentes de trânsito, 0,632 para 0,542, Indicador de frequência à escola e situação de emprego, 0,591 para 0,541, Indicador de pobreza,

0,793 para 0,666 e o Indicador de desigualdade que nos dois anos continuou com o mesmo percentual de 0,191 (BRASIL, 2014; BRASIL, 2017).

Partindo dessas informações, a vulnerabilidade à violência no município de Marabá, merece atenção de pesquisadores dos profissionais de saúde, autoridades e sociedade em geral.

O trabalho tem como objetivo testar a associação entre o capital social e exposição à violência entre adolescentes das escolas públicas do município de Marabá, bem com descrever o perfil sociodemográfico e hábitos de vida da amostra estudada, mensurar o capital social em diferentes domínios na amostra estudada, investigar exposição à violência na amostra estudada e testar associação com fatores de risco.

Nesse sentido, os resultados poderão servir de guia para explicar como e por que o índice de vulnerabilidade juvenil à violência é tão diferente entre os estados brasileiros, especialmente entre os municípios na região Norte do Brasil. Algo está acontecendo aqui que não pode ser explicado simplesmente devido às desigualdades e iniquidades sociais.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Testar a associação entre o capital social e exposição à violência entre adolescentes das escolas públicas do município de Marabá.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e hábitos de vida da amostra estudada;
- Mensurar o capital social em diferentes domínios na amostra estudada;
- Investigar exposição à violência na amostra estudada e testar associação com fatores de risco.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A adolescência

A adolescência é considerada como o período de transição entre a infância e a vida adulta, marcada por mudanças no desenvolvimento biológico, psicológico, interações sociais e culturais vivenciadas (BRETAS, et.al, 2008). É por meio da interação dentro de um grupo que o adolescente desenvolve a criação da sua própria identidade e define seu papel na sociedade.

A palavra "adolescência" tem origem no latim, onde ad = "para" e olescere = "crescer". Dessa maneira, adolescência significa literalmente "crescer para". Ou seja, um processo de transformação e adaptação para vida adulta (PEREIRA; PINTO, 2003).

A adolescência tem sido considerada desde a antiguidade, como período de impulsividade e excitabilidade. Na Grécia antiga, os jovens eram ensinados e treinados desde criança para cumprir com as obrigações civis e militares. Aos 16 anos adquiriam direito de fala nas assembleias e quando completavam os 18 anos eram inscritos nos registros públicos da cidade (GROSSMAN, 1998).

A fase da puberdade desses jovens era vista como período de preparação para os afazeres da vida adulta, os adolescentes do sexo masculino preparados para guerra ou política e as adolescentes preparadas para maternidade (FERREIRA;FARIAS, 2010). Adolescência, hoje, não é mais encarada apenas como uma preparação para a vida adulta, mas passou a adquirir sentido em si mesma.

Em geral, a adolescência e a puberdade iniciam-se a partir das mudanças corporais biológicas e fisiológicas, pois neste período o corpo se desenvolve física e mentalmente (SANTOS, 2005). A puberdade e a adolescência são duas etapas do desenvolvimento que não podem ser confundidas, mais sim relacionadas (FILIPINI,2013).

A puberdade é marcada por transformações físicas e hormonais no início da adolescência, entre os 10 e 13 entre meninas e 12 e 14 anos entre os meninos, onde ocorre o desenvolvimento dos órgão sexuais, estes preparados para a reprodução. Já a adolescência, compreende as alterações biológicas, psicológicas e sociais. É nesse momento que o adolescente prepara-se para estabelecer seus valores e sua própria identidade (BRETAS, et al.2008). Brito (2011) aponta que este processo provoca sentimentos de estranheza e inquietação, e ao mesmo tempo, contribui para a consolidação do desenvolvimento psíquico do adolescente.

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela OMS, como o período de 10 a 19 anos, assim como para o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade de Brasileira de Pediatria.

Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), define adolescente os que estão na faixa etária entre os 12 e os 18 anos (BRASIL, 2010). Para essa pesquisa adotaremos a faixa etária utilizada pela OMS.

Há duas visões na nossa sociedade sobre o adolescente, a primeira como uma fase fascinante de total atenção por parte dos adultos, por ser símbolo de esperança e futuro para a sociedade. A segunda é percebida como fase da vida como um potencial problema social, que merece atenção pública, por estar permanentemente em situação de vulnerabilidade através de sua associação com violência, drogas, gravidez não planejada, entre outras ações (BRETAS, et al., 2008).

Na atualidade, ser adolescente significa ser inovador e projetado para o futuro. Termo associado à beleza, leveza, humor, coragem, ousadia e manifestações mais intensas sobre sexualidade (VILLELA e DORETO, 2006). Entretanto, essas características se manifestam de maneiras diferentes, sob diversas formas e influências dos mais variados grupos: familiares, escolar, os amigos, religião, cultura e sociedade em que esse indivíduo está inserido.

A adolescência é apontada por Martins (2012) como um dos períodos mais conturbados do desenvolvimento humano, por apresentarem com mais intensidade conflitos, curiosidades relativas à identidade sexual, responsabilidade social da profissão, caráter e relacionamentos afetivos, bem como mitos e questões relacionadas a gênero e sexualidade.

A sexualidade se estrutura e assume seu papel na fase da adolescência e o exercício dessa sexualidade de forma irresponsável e inconsequente pode trazer conflitos e alterações nos projetos futuros de cada adolescente (SOARES, et al. 2008). O desejo da autonomia e independência em relação à família e a experimentação de novos comportamentos e vivências podem representar importantes fatores de risco para a saúde, como sexo desprotegido a alimentação inadequada, o sedentarismo, o uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, entre elas o consumo de álcool e tabaco (VIEIRO, et al, 2015). Esses comportamentos também podem acarretar em situações de gravidez indesejada, aborto, infecções sexualmente transmissíveis, abandono escolar, acidentes e violências.

A saúde do adolescente merece atenção, principalmente nesse momento de transição de infância para a vida adulta, a participação dos pais, familiares, profissionais da saúde e da escola é fundamental nesse processo (SOUSA; SILVA e FERREIRA,2014). Adotar estratégias de diálogos, aconselhamentos e atividades de educação em saúde, é fundamental para possibilitar a construção da consciência crítica sobre a importância de se adquirir hábitos saudáveis e se tornar sujeito ativo de seu próprio cuidado.

O Artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA,1990) diz que: é assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas a saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com a criação do ECA amparado sob a Lei Nº 8.069 de 13 de julho de 1990, passou-se a assegurar em lei a proteção integral de crianças e adolescentes brasileiros (CALZA,;DELL' ANLIO e SARRIEIRA, 2016). É a partir do ECA que todas as crianças e adolescentes estão assegurados a gozar de um tratamento com atenção, proteção e cuidados especiais para se desenvolverem e tornarem adultos conscientes e participativos do processo inclusivo (BRASIL,2008).

É no período da adolescência que ocorrem grandes transformações, que repercutem não só no indivíduo, mas em sua família e comunidade. Tendo a família um papel importante nesse processo de construção de vida. Assim como diz no Art. 4, do ECA, que: “É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” para crianças e adolescentes. Ou seja, são fatores de construção para o desenvolvimento pleno desses indivíduos.

É justamente pela diversidade de conflitos, do conjunto de experiências e influências de crenças e valores que os adolescentes são considerados vulneráveis. Devido à complexidade do processo de formação desse indivíduo (SILVA, 2016). Dessa forma, a vulnerabilidade do adolescente tem chamado atenção sobre as condições estruturais que os colocam em risco, que vão além do seu comportamento individual.

3.2 Capital Social e Saúde

O termo capital social, é descrito nas pesquisas na área saúde, com foco na epidemiologia comportamental, dos quais se buscam obter medidas mais precisas que visem aumentar os comportamentos protetores de saúde e diminuir os comportamentos de risco (KALJEE e CHEN, 2011). Desse modo, estudar o capital social tornou-se particularmente importante, para compreender os contextos sociais que podem influenciar as ações relacionadas à saúde.

Uma das grandes contribuições para os estudos sobre o capital social vem de Robert Putnam, que entende-o como consequência de um processo de longo prazo (MELO, 2007). Referindo aos aspectos das organizações sociais, como as redes, as normas e a confiança, que

permitem a ação e a cooperação para o benefício mútuo em qualquer nível dentro de uma sociedade.

O conceito de capital social está diretamente ligado às características da organização social, à confiança interpessoal, normas de reciprocidade e redes solidárias, que capacitam os indivíduos a agir coletivamente na busca de objetivos e metas comuns (PATTUSSI, 2006, a partir de PUTNAM; COLEMAN). Essas interações tendem a gerar perspectivas positivas, aumento da disponibilidade de informações, redução de incertezas e custos de transação, podendo até facilitar o fornecimento de bens públicos, proporcionar mais bem estar e ganhos econômicos para os indivíduos envolvidos.

Porém, ainda são poucos os estudos na América Latina que buscaram compreender a associação entre capital social e saúde. Tuesca et al. (2014) realizaram um estudo para analisar a percepção de saúde relacionada com características sociodemográficas, as desigualdades sociais e de saúde e Capital social na Colômbia, e concluíram que os determinantes do capital social estão intimamente relacionados com a rede de apoio, ou seja, indivíduos com mais recursos e redes sociais tiveram melhor percepção de sua saúde.

Outro estudo refere-se a uma revisão de literatura, que incluiu somente investigações realizadas com populações da América Latina e do Caribe, onde foram identificados apenas 11 artigos originais sobre o tema, permite traçar, mas não afirmar, que existe relação entre Capital social e melhores indicadores de saúde nos países latino- americanos (KRIPPER; SAPAG, 2009). Especificamente sobre a relação entre Capital social e estilo de vida, pessoas com maior Capital social tendem a ser mais ativas fisicamente, apresentam melhores características de alimentação saudável e menor prevalência de tabagismo (LOCH, 2013).

No Brasil, Loch et. al (2015) realizaram uma pesquisa com 1.081 sujeitos para analisar a associação entre indicadores de capital social e autopercepção de saúde, os indicadores de pior Capital social estiveram associados à auto percepção negativa da saúde. De modo geral, os resultados mostraram que apenas parte da relação entre capital social e autopercepção de saúde deveu-se ao estilo de vida. Ou seja, os grupos com piores indicadores de capital social tiveram maior chance de perceberem sua saúde de maneira negativa.

No entanto, acredita-se que elevados níveis de capital social coletivo em uma sociedade também aumentam o capital social individual, com atitudes e comportamentos dos indivíduos moldados por suas interações com seu meio social (MARLIER et al., 2015).

Outra forma de compreender o capital social é por meio da sua subdivisão em três formas: bonding, “vínculos”, que se refere a relacionamentos próximos entre indivíduos (família, amigos), vínculos contribuem para uma melhor qualidade de vida; segundo, bridging,

“conexões”, refere-se a redes mais amplas, envolvimento com outros indivíduos e/ou comunidades que são fora da sua rede de convívio e por último, linking, “ligações”, que se refere às parcerias com indivíduos em posição de poder, e sobre recursos social e econômicos (Patussi, et al. 2006).

Verificar a relação dessas três vertentes e compreender suas associações com as situações de saúde, pode garantir dados mais esclarecedores para realização de prevenção e proteção na saúde (RAJÃO, et al. 2017).

Pesquisas tem mostrado benefícios individuais e coletivos, em que o Capital social foi associado positivamente. No estudo de Lauglo (2000) com desempenho escolar, cuidado parental, fortalecimento de vínculos. Interações cooperativas e competências cognitivas em crianças nos estudos de Martins et al. (2009) e negativamente quando associado à violência na vizinhança (VIAL, et. al, 2010). Além de ser apontado também como fator protetor quando em níveis mais altos para indicadores de saúde em geral (LUZ, et al., 2011), expectativa de vida ao nascer (IDROVO, et al., 2010), excesso de peso, qualidade de vida, saúde bucal, comportamentos adequados de saúde oral (FLORES; DREHMER, 2003) entretanto, associado negativamente a severidade, índices e prevalência de carie (TELLEZ, 2006).

A aplicabilidade do conceito de capital social, dentro do contexto da saúde é um caminho promissor na busca de soluções plausíveis contra as iniquidades em saúde (SAPAG; KAWACHI, 2007).

3.3 Violência Juvenil e Vulnerabilidade

Definir o que é violência é uma tarefa complexa, porém muitos autores parecem entrar em consenso a respeito do tema. Para Chauí (2006, p. 342) a violência é todo ato contrário à ética, praticado contra alguém, e “caracteriza-se por relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror”. Jorge (2002) também destaca a questão da intencionalidade da ação, quando separa o ato intencional do acidental. Porém muitas vezes um ato considerado acidental tem como base atos intencionais. Um fator importante também é destacado por Gonçalves (2011), que diz respeito ao grau de comprometimento do ato, o que sugere que há níveis de gravidade de violência, podendo ser física, sexual, negligência e psicológica.

A definição de Guareschi et al, (2006) é semelhante quando dividem o fenômeno em violência direta, que houve a utilização de atos físicos; e violência indireta, em que o principal meio de ação e impacto são os psicológicos e emocionais, o indivíduo que sofre a ação é mais

vulnerável e não tem chance de reação; e por último a violência simbólica sutil, mais passível de grandes consequências, utiliza-se do poder para coibir e controlar uma pessoa ou grupo (FIGUEIREDO; FAUSTINO, 2018).

Guareschi et al.(2006) também conceitua a violência como um produto social e histórico, com dimensão psicológica, social e ideológica, uma construção coletiva, de sentidos e significados sobre a violência que surgem através das interações entre os sujeitos e o mundo, guiados por discurso, valores e práticas de um determinado grupo. O que vai ao encontro com a definição da OMS, que já previamente citada, onde diz que a violência é o ato de se utilizar de força ou poder com a finalidade de causar danos a uma pessoa, grupo ou mesmo nação.

A violência em suas mais diversas manifestações é uma ação humana inaceitável, notadamente se praticada contra seres indefesos, constituindo-se na principal causa de morbimortalidade na adolescência (ABRAMOVAY et al., 2002; WAISELFISZ, 2004; ASSIS; DESLANDES; SANTOS, 2005).

A violência juvenil é considerada um problema de saúde pública global, incluindo ações que vão desde bullying, luta física, agressões físicas e sexuais mais severas até homicídio. No Brasil, estudos mostram que os adolescentes fazem parte do grupo etário mais exposto a violência (ROQUE, 2012; WAISELFISZ, 2014). Quando a violência não é fatal, ela acarreta sérios impactos ao longo da vida desse indivíduo, no funcionamento físico, psicológico e social, sem contar que esses atos aumentam muito os custos dos serviços de saúde, assistência social e da justiça criminal.

Um estudo realizado com adolescentes de escolas de várias regiões do país mostrou que eles são as maiores vítimas da exposição à violência, tanto intrafamiliar como extrafamiliar, se comparado com adultos, 90,2% dos adolescentes relataram ter sofrido pelo menos um episódio de violência comunitária e 91,6% disseram ter sido exposto indiretamente ao menos um episódio de violência (BENETTI; GAMA; VITOLO DA SILVA; D'ÁVILA; ZAVASCHI, 2006).

Os adolescentes são indivíduos que estão em pleno desenvolvimento e estão entre os mais vulneráveis às situações de violência que ocorrem nos ambientes familiares, escolares e na comunidade (ASSIS et al., 2009).

A violência familiar configura-se com ações de maus-tratos e abusos que ocorrem no contexto, nas inter-relações e se estabelecem como forma de comunicação ou falta dela no ambiente familiar. A violência escolar inclui agressões presentes na escola e cometidas por funcionários, professores contra os alunos e destes entre si, esse tipo de ações tem crescido consideravelmente nos últimos anos e afetando diretamente na saúde, física, psicologia e

cognitiva não só dos adolescentes mas dos demais membros da comunidade escolar (COSTA et. al. 2012). A violência comunitária ocorre nos bairros, próximo às moradias e também inclui as violências que ocorrem na escola (ASSIS, et al., 2009).

Na pesquisa de Brandão et. al (2015), que trata a intervenção educativa sobre violência com adolescentes, um fato que teve destaque foi a naturalidade que alguns jovens tiveram ao falar de atos violentos no âmbito escolar como fatos frequentes do cotidiano. Isso nos leva a refletir que muitas vezes se torna difícil para os jovens reconhecer aquilo que é violento do que não é, mesmo pequenos atos, isso acaba banalizando os atos violentos, por acontecerem de forma tão frequente.

Outro estudo realizado pelo Núcleo de Atendimento e Aprendizagem de Adolescentes e Jovens – EPTOM, no município de Ipatinga, Minas Gerais, mostrou o diagnóstico da situação da criança e do adolescente no município, utilizando dados das notificações de violências sexual e doméstica, distribuídas por faixa etária entre crianças e adolescentes no período de 2010 a 2013, destas 6% eram na faixa etária de 01 a 04 anos, 10% de 05 a 09 anos e 31% estavam na faixa etária de 10 a 19 anos, e o principal local de ocorrência das violências notificadas eram , residências urbanas, seguido de via pública, habitação coletiva e escola.

Porém, esses números podem ser ainda maiores, uma vez que os casos de subnotificação vão desde a falta de capacitação dos profissionais em fazer as notificações, ameaças que sofrem dos causadores da violência, até às questões estruturais, relacionadas com a atuação precária dos órgãos competentes e no cumprimento de medidas protetivas, adequadas às vítimas (VELOSO, et al., 2013).

O setor da saúde desempenha um papel importante quando presta atendimento a vítimas da violência, observam um número significativamente mais alto de vítimas do que os números relatados pela polícia e por outras autoridades. Por isso a notificação não deve ser encarada como denúncia, ou como instrumento para punição, mais sim como instrumento de proteção que permite conhecer a magnitude e a gravidade da violência (BRASIL, 2009, P.13).

Segundo os dados do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da Universidade de São Paulo, que analisou um intervalo de 22 anos e comparou estados e capitais brasileiras, constatou que jovens entre 15 e 19 anos são as maiores vítimas de homicídios no país, correspondendo a 87,6% dos casos. Dados do Ministério da Saúde também demonstram que as violências têm sido as principais causas de óbito na faixa etária de 10 a 19 anos (52,9%). Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, (58,7%) dos óbitos, no período analisado, foram por violências (COSTA, 2012). Essas mortes ocorrem, essencialmente, em locais onde há uma superposição de carências, violação de direitos e de vulnerabilidades.

A situação de vulnerabilidade dos jovens, aliada a condições socioeconômicas precárias, ocasiona uma grande tensão, resultado negativo da relação entre disponibilidade de recursos, acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais. O que agrava diretamente os processos de integração e coesão social, em algumas situações aumenta os atos de violência e da criminalidade (ABRAMOVAY; FEFFERMANN; RÉGNIER; 2012).

Vale destacar que o termo vulnerabilidade é normalmente utilizado para designar suscetibilidade dos indivíduos a problema e danos de saúde (BERTOLOZZI et al. 2009). O termo vulnerabilidade tenha sido difundido na década de 80 no campo da saúde pública ao tratar da epidemia da Aids, esclarecendo quais grupos sociais e indivíduos poderiam estar mais vulneráveis a epidemia. A partir dessa compreensão os termos riscos e população de risco foram, pouco a pouco sendo substituídos pelo termo vulnerabilidade (AYRES, et al., 2006).

No entanto, Nichiata et al. (2011), ao discutirem as diferenças entre risco e vulnerabilidade, afirmam que apesar de possuir estreita relação, são distintos entre si, uma vez que risco indica probabilidades, a vulnerabilidade é um indicador da desigualdade social com aspectos que vão além do individual, incluindo também atitudes coletivas.

Schenker e Cavalcante (2015) enfatizam que a vulnerabilidade não pode ser compreendida somente por condições de desigualdade social ou falta de recursos materiais. É preciso compreender as dificuldades enfrentadas por esses adolescentes, a fragilização dos vínculos de pertencimento, violência, perda dos direitos fundamentais, alto índice de reprovação escolar, falta de perspectivas profissionais e de projetos para o futuro, inserção precoce ao mundo do trabalho, uso de drogas, más condições de moradia, gravidez precoce.

Os adolescentes estão sujeitos a diferentes situações de risco as quais aumentam a sua vulnerabilidade tanto no âmbito biológico, psíquico e social (PESSALACIA, et al, 2010). No biológico por meio das transformações biológicas da puberdade, maturidade, desenvolvimento cognitivo e estruturação da personalidade, no âmbito psíquico apresenta a possibilidade de pensarmos em fatores potenciais que componham condições propulsoras ao sofrimento ou adoecimento psíquico, está relacionado tanto ao social como às experiências de vida singulares que, quando combinadas são fatores para a constituição das subjetividades.

Os sofrimentos psíquicos nos adolescentes e crianças em situação de rua por exemplo, é exposto na forma de depressões, transtornos de condutas, da agressividade generalizada, hiperatividade, uso abusivo de substâncias psicoativas, dentre outros (BELLENZANI, et al, 2005).

A vulnerabilidade também existe quando ocorre desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo, falta de acesso a serviços, informações e ou falta de autoconfiança para

buscar mudanças no próprio comportamento. Entretanto é importante ressaltar que o acesso aos meios de comunicação, escola, disponibilidade de enfrentar obstáculos culturais e estar livre de situações de violência ou poder defender-se delas, são medidas que possibilitam avaliar uma condição de maior ou menor vulnerabilidade social de um indivíduo ou de um coletivo (PESSALACIA, et al, 2010).

Portanto, violência e vulnerabilidade não estão isoladas das relações econômicas, políticas, culturais que configuram a estrutura de uma sociedade. Estudos apontam que a melhoria da situação socioeconômica das famílias, e a garantia de políticas e serviços sociais, diferenciados, ajustadas e mais apropriadas para cada caso, são mediações para diminuir essa vulnerabilidade (MCKAY; LAWSON; 2002; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA [Unicef]; 2005; SÁNCHEZ; BERTOLOZZI; 2007).

A violência nas suas mais diversas expressões enquanto um fator de vulnerabilidade para os adolescentes, nos leva a considerar que esse estudo se faz necessário, para conhecer e compreender sobre esse tema nesta parte da população brasileira.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

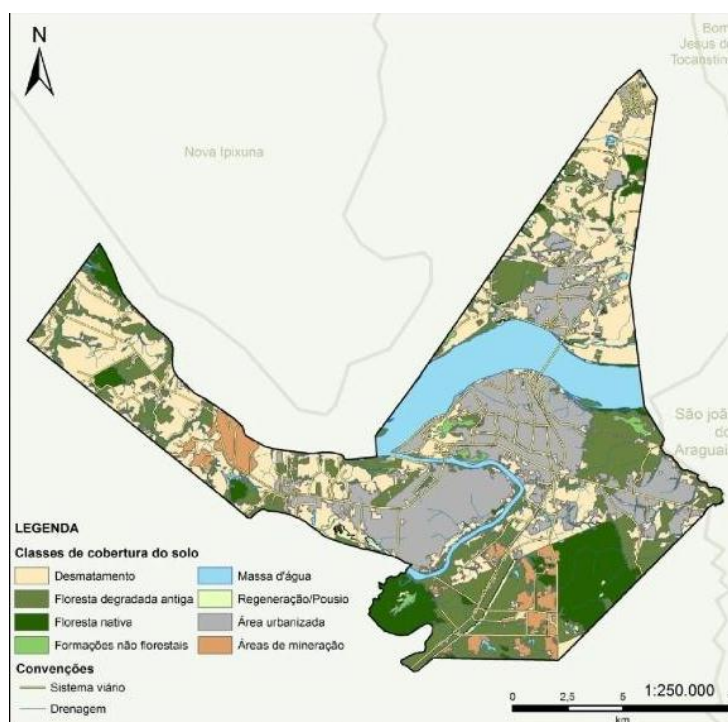
Trata-se de um estudo transversal realizado com adolescentes escolares da faixa etária de 10 à 19 anos no município de Marabá, Pará.

Para Bastos (2013) estudos transversais são os mais utilizados em pesquisas epidemiológicas, importante ferramenta para descrever características de uma população, identificação de grupos de risco e para planejar ações em saúde, assim quando utilizados de acordo com suas indicações, tornam-se informações relevantes para o avanço do saber científico.

4.2 Local

O município de Marabá, está localizado no sudeste do estado do Pará, situado a cerca de 500 quilômetros ao sul da capital do estado, possui uma área territorial de 15.128.058 Km², onde residem 233.669 pessoas, segundo o censo de 2010, com projeção estimada de 275.086 habitantes em 2018 (IBGE, 2018).

Figura 1. Perímetro urbano do município de Marabá, PA, Brasil.



Fonte: VALE, BALIEIRO (2013, p.1065)

De acordo com o Plano Diretor (MARABÁ, 2018), Marabá é formada por 12 Distritos Administrativos, um Distrito Sede Municipal e 11 Distritos que abrangem a zona rural. (Quadro 1).

Quadro 1. Distritos de Marabá, PA.

Distritos	Localização
Núcleo Marabá Pioneira	Sede Municipal
Núcleo da Cidade Nova	Sede Municipal
Núcleo Nova Marabá	Sede Municipal
Núcleo São Félix	São Félix
Núcleo Morada Nova	Morada Nova
Zona de Expansão Urbana Nova Marabá	Sede Municipal
Zona de Expansão Urbana Cidade Nova	Sede Municipal
Distrito Industrial de Marabá- Fases I e II	Sede Municipal
Distrito Industrial de Marabá- Fase III	Sede Municipal
Distrito de Murumuru	Vila Murumuru
Distrito de Brejo do Meio	Vila Brejo do Meio
Distrito de Santa Fé	Vila Santa Fé
Distrito de Três Poderes	Vila Trindade
Distrito da Vila União	Vila União
Distrito de Capistrano de Abreu	Vila Capistrano de Abreu
Distrito de Josinópolis	Vila Josinópolis
Distrito de Sororó	Vila Sororó
Distrito de Alto Bonito	Vila do Garimpo de Alto Bonito
Distrito de Carimã	Vila de Alto Bonito
Distrito de Itainópolis	Vila Itainópolis

Fonte: MARABÁ (2018, p.4).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município em 2010 era de 0,668, sendo longevidade a dimensão que mais contribuiu para o IDHM com índice de 0,785, seguido de Renda (0,673) e Educação (0,564). A tabela abaixo mostra o IDHM e seus componentes.

Tabela 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e componentes, Marabá, PA.

IDHM	1991	2000	2010
Educação	0,187	0,351	0,564
% de 18 anos ou mais com fundamental completo	24,26	35,60	50,76
% de 5 a 6 anos na escola	30,27	68,02	80,90
% de 11 a 13 anos nos anos finais fundamental, regular seriado ou fundamental completo	19,94	39,03	79,80
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	10,74	21,02	47,19
% de 18 a 20 anos com médio completo	4,74	11,31	29,54
Longevidade	0,613	0,707	0,785
Esperança de vida ao nascer	61,80	67,43	72,09
Renda	0,561	0,621	0,673
Renda per capita	262,98	380,81	527,86

Fonte: PNUD, Ipea e FJP.

De 1991 a 2010, a dimensão cujo índice mais cresceu no IDHM em termos absolutos foi a educação com crescimento de 0,358, seguido de Longevidade e Renda. A proporção de crianças e jovens frequentando a escola ou tendo completado determinados ciclos indica que em 2010, crianças de 5 a 6 anos na escola era de 80,90%, adolescentes de 11 a 13 anos nos anos finais do ensino fundamental era 79,80%, e jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental completo 47,19%, e jovens de 18 a 20 anos no ensino médio completo 29,54%. Entre 1991 e 2010, essas proporções aumentaram respectivamente em 50,63, 36,45 e 24,80 pontos percentuais. Marabá ocupa a 2716ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,862 (São Caetano do Sul-SP) e o menor é 0,418 (Melgaço-PA).

4.3 Amostra/Participantes

O cálculo amostral foi realizado IVJ–Violência de Marabá padronizado (67,2%) (BRASIL, 2014), erro estimado 5%, poder de teste de 80%, com intervalos de 95% de confiança (IC95%), acréscimo 20% para perdas e recusas. A amostra foi corrigida pelo efeito de desenho devido ao processo de amostragem estratificada e por conglomerado (deff), resultando em um tamanho amostral mínimo de 820 participantes distribuídos proporcionalmente conforme a tabela 2.

Tabela 2- Matrículas alunos ensinos Fundamental e Médio no ano 2018, Marabá, PA.

Escolas	Alunos matriculados	Fração de amostragem	Amostra
Ensino Médio	12164	0.20666	169
Ensino Fundamental	46696	0.79334	651
Total	58860		820

Fonte: Dados da pesquisa

4.4 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos os adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, regularmente matriculados na escola; cujos pais/responsáveis assinaram o TCLE, residentes na zona urbana de Marabá, Pará, capazes de fornecer informações sobre si mesmo sem ajuda.

4.5 Instrumentos de pesquisa

Foi utilizado um questionário dividido em três blocos. O primeiro bloco continha 20 questões para a classificação socioeconômica, adaptadas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): a idade, sexo, cor da pele auto relatada, renda familiar, religião, número de pessoas residem no domicílio, situação do domicílio, atividade remunerada, qualidade de vida, percepção de saúde e estilo de vida. PNS é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013.

O segundo bloco continha o Questionário de Exposição de Insegurança e Violência para Adolescentes (CEIVA) adaptado (HERNÁNDEZ; GÓMEZ-MAQUEO; PATIÑO; 2013), cujo objetivo é avaliar a experiência dos participantes com a violência. Este questionário apresentou alta confiabilidade ($\alpha=0,901$) durante a fase de validação. Este instrumento possui 48 afirmativas relacionadas à exposição direta e indireta à violência, com três opções de resposta (nunca, 1 vez, 2 ou mais vezes). Tanto o participante avalia o quanto que tem experimentado diretamente a violência (insultos, brigas, espancamentos, ameaças, roubo, etc.), quanto se pergunta sobre o quanto o adolescente foi testemunha a esses eventos, e como ele se sente em relação à segurança em seu ambiente (HERNÁNDEZ; GÓMEZ-MAQUEO; PATIÑO; 2013).

Para este estudo utilizamos a classificação em seis fatores proposta pelos autores: a) Exposição indireta a eventos menores, composto das variáveis de 21 à 30; b) Exposição indireta a eventos fortes, de 31 à 42; c) Exposição direta a eventos leves, 43 à 53; d) Assédio e drogas, 54 à 59; e) Exposição direta a eventos fortes, de 60 à 64 e f) Percepção da violência, de 65 à 68.

O terceiro bloco avaliou o nível de capital social utilizando o questionário *Social Capital Questionnaire for Adolescent Students* (SCQ-AS), construído e validado no Brasil para adolescentes escolares por um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. O questionário contém 12 questões divididas em quatro dimensões. Na primeira dimensão, Coesão Social na Escola, os adolescentes respondem questões sobre o pertencimento, segurança na escola e relação dos pais com professores. Rede de amigos na Escola possui três questões para avaliar a relação com os amigos da escola. Na terceira dimensão, chamada Coesão Social no Bairro/Vizinhança, os participantes respondem sobre sua relação e confiança entre os vizinhos. A última dimensão, denominada Confiança/Escola e Bairro/Vizinhança são avaliadas a confiança nos professores, colegas e vizinhos (PAIVA et al., 2014).

Os participantes tem três opções de resposta para todas as perguntas: (0) Concordo; (1) Não tenho opinião; e não sei e (2) Discordo. A soma dos valores atribuído as respostas de cada questão, será classificado como menor ou maior, no geral ou por dimensão. A soma dos escores poderia variar de 4 a 12, de 3 a 9, de 2 a 6 e de 3 a 9 nos domínios 1, 2, 3 e 4, respectivamente. A partir da soma, cada domínio foi categorizado pelo quartil e classificado em *menor*, quando o valor da soma dos escores foi menor ou igual ao valor do primeiro quartil e *maior*, quando esse valor foi superior ao valor do primeiro quartil.

O SCQ-AS foi validado através de um estudo transversal, realizado com 101 adolescentes de doze anos, 70 destes, eram estudantes de duas escolas públicas, e 22 de uma escola privada, no sudeste do Brasil (PAIVA et al., 2014).

4.6 Coleta de dados

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada à Secretaria Municipal de Educação (SEMED) e Secretaria de Estado de Educação (SEDUC) para apreciação e autorização para aplicação da pesquisa. Em seguida os pesquisadores realizaram uma visita inicial às escolas para apresentar o projeto aos diretores e professores, bem como esclarecer dúvidas, cujo aceite e autorização foram fundamentais para a execução da pesquisa, conforme ofícios anexos (Anexos A e B).

A coleta de dados foi realizada em dois meses no ano de 2019, nos turnos da manhã e da tarde, em 25 escolas da rede pública, destas 7 de ensino Médio e 18 de ensino Fundamental, nos núcleos Nova Marabá, Velha Marabá, Cidade Nova, Morada Nova e São Félix I, II e III, todas na zona urbana da cidade.

Mediante autorização das secretarias e das escolas, o questionário (Anexo C) foi entregue em todas as salas de aula pelos pesquisadores para os alunos, primeiramente foi explicado a eles o objetivo do estudo de forma clara e objetiva e a maneira correta de preencher

o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D). Os alunos foram convidados de forma espontânea a participar, os que manifestaram interesse levaram para casa, ao seu responsável o questionário e o termo para que o mesmo tivesse conhecimento sobre o conteúdo da pesquisa e assinasse o termo, mediante a assinatura o aluno estava apto a responder o questionário. Os questionários eram recolhidos sempre após um dia da entrega, para que se evitasse perdas. O pesquisador sempre retornava na mesma escola três vezes para recolher o material dos alunos que o esqueciam em casa. Os alunos que optaram por não participar da pesquisa tiveram seus direitos respeitados sem nenhum prejuízo.

4.7 Análise dos dados

A partir dos dados coletados, foi construído o banco de dados no programa Microsoft ExcelR versão 2013, e exportados para compilação através do software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS versão 18 para análise estatística descritiva e inferencial por meio dos teste qui-quadrado com nível de significância estabelecido em $p \leq 0,05$.

Para este estudo, os seis fatores do CEIVA foram somados para criar uma variável única de escore total que representa a Exposição geral dos adolescentes à violência. Posteriormente, a amostra foi dividida em dois grupos de baixa exposição e alta exposição, segundo a mediana do escore total.

No SCQ-AS, as respostas foram somadas por dimensão e categorizado e classificado pelo quartil em menor (quando o valor da soma dos escores foi menor ou igual ao valor do primeiro quartil) e maior (quando esse valor foi superior ao valor do primeiro quartil) (PAIVA et al., 2014).

4.8 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA) (CAAE – 16697419.4.0000.0018), pela Plataforma Brasil (Anexo E).

Os participantes e seus responsáveis receberam informações acerca dos objetivos e justificativas da pesquisa, de forma esclarecedora conforme as informações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o mesmo foi assinado em duas vias, pelos alunos, seu responsável e pelos pesquisadores, conforme explicitado na resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012).

O TCLE (Anexo D) contém informações pertinentes da pesquisa que avaliaram o capital social e a vulnerabilidade dos adolescentes à violência. A participação dos adolescentes foi de

forma voluntária, podendo os mesmos desistir a qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo, como também foram resguardado a integridade física e moral dos participantes, bem como se no decorrer da pesquisa tivessem alguma necessidade de tratamento, durante o período de execução desse projeto. Os dados foram mantidos em sigilo assim como os participantes não foram identificados. Os resultados desse estudo serão divulgado através dos meios científicos encaminhados através de relatório e apresentação às autoridades competentes.

5. RESULTADOS

Do total da amostra (N=1562), 1081 (69,2%) estudantes estavam no ensino fundamental e 481 (30,8%) no ensino médio distribuídos nos cinco núcleos urbanos do município de Marabá (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição da amostra de estudantes de ensino fundamental e médio por núcleos da cidade de Marabá. Marabá-Pará, 2019.

Núcleos	Ensino fundamental	Ensino médio
Nova Marabá	334	120
Cidade Nova	324	130
Velha Marabá	112	95
São Félix*	198	00
Morada Nova	113	136
Total	1081	481

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

* Não possui escola de ensino médio.

A tabela 4 descreve o perfil socioeconômico dos adolescentes. A maioria dos estudantes eram do sexo feminino (60,4%), na faixa etária de 10 a 14 anos (57,4%), pardos (72,2%), morando em casas próprias (75,3%) com 2 a 5 pessoas (69,5%), sem atividade remunerada (86,5%). A renda mensal familiar foi uma variável com maior percentual de respostas em branco (49,4%), e 26,6 % dos participantes vivem com renda familiar de até mil reais mensais. Em relação à religião, 50,2% dos adolescentes declararam ser evangélicas, 32,6% católicos e 10,6% declararam não ter religião.

Tabela 4 - Distribuição de frequências para o perfil socioeconômico dos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	N	%
Faixa Etária		
10 a 14 anos	896	57,4
15 a 19 anos	665	42,6
(Continua)		

Sexo		
Masculino	590	37,8
Feminino	944	60,4
Outro	28	1,8
Auto relato de cor da pele		
Branca	197	12,6
Preta	152	9,7
Parda	1127	72,2
Indígena	39	2,5
Outra	30	1,9
Não responderam	17	1,1
Série escolar atual		
1º ano ensino médio	199	12,7
2º ano ensino médio	166	10,6
3º ano ensino médio	116	7,4
4º ano fundamental	45	2,9
5º ano fundamental	165	10,6
6º ano fundamental	226	14,5
7º ano fundamental	194	12,4
8º ano fundamental	227	14,5
9º ano fundamental	224	14,3
Renda mensal familiar (R\$)		
0 – 1000	418	26,8
1000– 15.000	372	23,8
Não responderam	772	49,4
Atividade remunerada		
Sim	154	9,9
Não	1351	86,5
Não responderam	57	3,6
Número de moradores		
2 a 5 pessoas	1086	69,5
6 a 15 pessoas	387	24,8
(Continua)		

Não responderam	89	5,7
Moradia		
Alugada	267	17,1
Emprestada/cedida	72	4,6
Própria	1176	75,3
Outra	34	2,2
Não responderam	13	0,8
Núcleos urbanos		
Cidade Nova	454	29,1
Morada Nova	249	15,9
Nova Marabá	454	29,1
São Félix	198	12,7
Velha Marabá	207	13,3
Religião		
Católica	509	32,6
Evangélica	784	50,2
Espirita	9	0,6
Outra	72	4,6
Não tenho religião	165	10,6
Não responderam	23	1,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação aos comportamentos em saúde e hábitos de vida (Tabela 5), a maioria dos participantes avaliaram positivamente sua qualidade de vida (69,2%), saúde (73,9%), os dentes (68,8%) e alimentação diária (80,4%). A prática de atividades físicas acontece somente na escola para 695 (44,5%) adolescentes, mas 325 (20,8%) não realizam atividades físicas. A grande maioria dos adolescentes disseram não ter vida sexual ativa (83,6%), não fumam cigarro (97,8%), não ingerem bebidas alcoólicas (86,6%), não usa drogas (94,8%).

Tabela 5 - Distribuição de frequências sobre os comportamentos em saúde e hábitos de vida dos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
Qualidade de vida		
(Continua)		

Muito ruim	20	1,3
Ruim	42	2,7
Nem ruim nem boa	395	25,3
Boa	725	46,4
Muito boa	356	22,8
Não responderam	24	1,5

Percepção de saúde

Muito ruim	13	0,8
Ruim	29	1,9
Nem ruim nem boa	346	22,2
Boa	715	45,8
Muito boa	439	28,1
Não responderam	20	1,3

Percepção dos dentes

Muito ruim	14	0,9
Ruim	69	4,4
Nem ruim nem boa	395	25,3
Boa	732	46,9
Muito boa	342	21,9
Não responderam	10	0,6

Alimentação diária

Muito ruim	8	0,5
Ruim	42	2,7
Nem ruim nem boa	244	15,6
Boa	719	46,0
Muito boa	537	34,4
Não responderam	12	0,8

Prática de exercícios físicos

Não	325	20,8
Somente na escola	695	44,5
Academia	70	4,5
Ao ar livre	453	29,0

(Continua)

Não responderam	19	1,2
Vida sexual ativa		
Sim	216	13,8
Não	1306	83,6
Não responderam	40	2,6
Cigarro		
Não	1528	97,8
Às vezes	23	1,5
Finais de semana	3	0,2
Sempre	5	0,3
Não responderam	3	0,2
Álcool		
Não	1353	86,6
Às vezes	163	10,5
Finais de semana	24	1,5
Sempre	14	0,9
Não responderam	8	0,5
Uso de drogas		
Sim	57	3,6
Não	1480	94,8
Não responderam	25	1,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 6 apresenta os resultados do primeiro fator do questionário Exposição de Insegurança e Violência para Adolescentes (CEIVA) que visa avaliar a experiência dos participantes em relação a exposição indireta a eventos menores.

Levando-se em consideração o que o adolescente viu e quanto desses eventos ele já testemunhou, 60,4% nunca viram alguém apanhar de várias pessoas na rua, porém chama atenção para os adolescentes que já presenciaram esse episódio por mais de duas vezes ou mais (36,5%), assim como os adolescentes que já viram quebrar alguma coisa em alguém na rua (35,7%). Os participantes também já viram por mais de uma vez baterem em alguém na rua (63%), pessoas sendo incomodadas na rua (63,2%), pessoas discutindo na rua (55,6%) e pessoas usando drogas na rua (54,2%) (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição de frequência da exposição indireta a eventos menores de violência relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
Vi alguém apanhar de várias pessoas		
Nunca	944	60,4
Uma vez	325	20,8
Duas vezes ou mais	246	15,7
Não responderam	47	3,0
Vi quebrar alguma coisa em alguém na rua		
Nunca	967	61,9
Uma vez	323	20,7
Duas vezes ou mais	234	15,0
Não responderam	38	2,4
Vi baterem em alguém na rua		
Nunca	540	34,6
Uma vez	465	29,8
Duas vezes ou mais	519	33,2
Não responderam	38	2,4
Vi incomodarem alguém na rua		
Nunca	537	34,4
Uma vez	408	26,1
Duas vezes ou mais	579	37,1
Não responderam	38	2,4
Vi pessoas discutindo na rua		
Nunca	242	15,5
Uma vez	411	26,3
Duas vezes ou mais	869	55,6
Não responderam	40	2,6
Vi gangues lutaram perto da minha casa		
Nunca	1316	84,3
Uma vez	100	6,4
Duas vezes ou mais	103	6,6

(Continua)

Não responderam	43	2,8
Vi que alguém não poderia passar na rua da minha casa, porque seria agredido		
Nunca	1288	82,5
Uma vez	137	8,8
Duas vezes ou mais	95	6,1
Não responderam	42	2,7
Vi golpearem alguém com um objeto		
Nunca	910	58,3
Uma vez	336	21,5
Duas vezes ou mais	274	17,5
Não responderam	42	2,7
Vi pessoas usando drogas na rua		
Nunca	677	43,3
Uma vez	273	17,5
Duas vezes ou mais	573	36,7
Não responderam	39	2,5
Vi perseguirem alguém para machuca-lo		
Nunca	1067	68,3
Uma vez	232	14,9
Duas vezes ou mais	218	14,0
Não responderam	45	2,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A segunda dimensão do CEIVA agrupa as variáveis sobre a exposição indireta a eventos fortes de violência (Tabela 7). A maioria dos adolescentes nunca foram expostos a esse tipo de situação violenta, exceto o fato de que mais da metade da amostra já viu alguém ser preso pelo menos uma vez (55,1%).

Por outro lado, chama atenção que 178 (11,4%) e 111 (7,1%) adolescentes já viram atacarem alguém com uma faca e com arma de fogo duas vezes ou mais, respectivamente.

Tabela 7 - Distribuição de frequência da exposição indireta a eventos fortes de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
-----------	---	---

Vi atacarem alguém com uma faca

Nunca	1082	69,3
Uma vez	259	16,6
Duas vezes ou mais	178	11,4
Não responderam	43	2,8

Vi atacarem alguém com uma arma de fogo

Nunca	1245	79,7
Uma vez	161	10,3
Duas vezes ou mais	111	7,1
Não responderam	45	2,9

Vi matarem alguém

Nunca	1343	86,0
Uma vez	108	6,9
Duas vezes ou mais	51	3,3
Não responderam	60	3,8

Vi que eles tentaram sequestrar alguém

Nunca	1364	87,3
Uma vez	114	7,3
Duas vezes ou mais	40	2,6
Não responderam	44	2,8

Vi um tiroteio

Nunca	1042	66,7
Uma vez	287	18,4
Duas vezes ou mais	185	11,8
Não responderam	48	3,1

Vi entrarem para roubar a casa de alguém

Nunca	1146	73,4
Uma vez	233	14,9
Duas vezes ou mais	134	8,6
Não responderam	49	3,1

Vi que ameaçaram ferir alguém

(Continua)

Nunca	829	53,1
Uma vez	338	21,6
Duas vezes ou mais	345	22,1
Não responderam	50	3,2
Vi alguém ser assaltado		
Nunca	787	50,4
Uma vez	367	23,5
Duas vezes ou mais	359	23,0
Não responderam	49	3,0
Vi pessoas que eu conheço portando armas		
Nunca	1119	71,6
Uma vez	180	11,5
Duas vezes ou mais	214	13,7
Não responderam	49	3,1
Vi alguém ser preso		
Nunca	655	41,9
Uma vez	398	25,5
Duas vezes ou mais	463	29,6
Não responderam	46	2,9
Vi venderem drogas perto da minha casa		
Nunca	1094	70,0
Uma vez	142	9,1
Duas vezes ou mais	278	17,8
Não responderam	48	3,1
Vi pedirem dinheiro para não machucar alguém		
Nunca	1345	86,1
Uma vez	101	6,5
Duas vezes ou mais	67	4,3
Não responderam	49	3,1

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação ao terceiro fator, (Tabela 8) a maioria dos adolescentes relatou nunca ter tido exposição direta a eventos leves de violência. Ainda assim, alguns adolescentes relataram ter sofrido ameaças de serem machucados (21,6%), insultados na rua (27,7%) assim como já

discutiram com pessoas desconhecidas na rua (25,2%), e já tiveram episódios de roubo em suas residências (25%).

Tabela 8 - Distribuição de frequência dos escolares à exposição direta a eventos leves de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
Fui espancado por várias pessoas		
Nunca	1451	92,9
Uma vez	41	2,6
Duas vezes ou mais	20	1,3
Não responderam	50	3,2
Não posso passar por uma rua no meu bairro, porque me agrediram		
Nunca	1466	93,9
Uma vez	31	2,0
Duas vezes ou mais	15	1,0
Não responderam	50	3,2
Participei em uma briga de rua		
Nunca	1271	81,4
Uma vez	142	9,1
Duas vezes ou mais	99	6,3
Não responderam	50	3,2
Fui espancado com algum objeto		
Nunca	1408	90,1
Uma vez	59	3,8
Duas vezes ou mais	45	2,9
Não responderam	50	3,2
Ameaçaram me machucar		
Nunca	1174	75,2
Uma vez	206	13,2
Duas vezes ou mais	131	8,4
Não responderam	51	3,3

Eu tive uma lesão física em uma luta de rua

(Continua)

Nunca	1400	89,6
Uma vez	66	4,2
Duas vezes ou mais	44	2,8
Não responderam	52	3,3
Fui insultado na rua		
Nunca	1078	69,0
Uma vez	228	14,6
Duas vezes ou mais	205	13,1
Não responderam	51	3,3
Fui perseguido por alguém que queria me machucar		
Nunca	1315	84,2
Uma vez	127	8,1
Duas vezes ou mais	70	4,5
Não responderam	50	3,2
Discuti com alguém que eu não conheço na rua		
Nunca	1119	71,6
Uma vez	227	14,6
Duas vezes ou mais	166	10,6
Não responderam	50	3,2
Entraram em minha casa para roubar		
Nunca	1126	72,1
Uma vez	257	16,5
Duas vezes ou mais	129	8,3
Não responderam	50	3,2
Quebraram algo que era meu na rua		
Nunca	1272	81,4
Uma vez	147	9,4
Duas vezes ou mais	93	6,0
Não responderam	50	3,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

No fator sobre assédio e drogas, os participantes responderam perguntas em duas dimensões, vítima / testemunha e os resultados foram positivos em todas as variáveis. No entanto, 17,4% dos participantes já viram alguém ser assediado sexualmente, 29,2% já

precisaram alguém tocar o corpo de uma pessoa sem o consentimento dela e 19,1% dos participantes já tiveram seu corpo tocado sem a sua permissão (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição de frequência dos escolares à assédio e drogas, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	N	%
Fui assediado sexualmente		
Nunca	1271	81,4
Uma vez	97	6,2
Duas vezes ou mais	140	9,0
Não responderam	54	3,5
Vi alguém ser assediado sexualmente		
Nunca	1237	79,2
Uma vez	109	7,0
Duas vezes ou mais	163	10,4
Não responderam	53	3,4
Vi uma pessoa ser forçada a usar drogas		
Nunca	1376	88,1
Uma vez	72	4,6
Duas vezes ou mais	62	4,0
Não responderam	52	3,3
Vi tocarem no corpo de outra pessoa sem sua permissão		
Nunca	1053	67,4
Uma vez	202	12,9
Duas vezes ou mais	255	16,3
Não responderam	52	3,3
Tocaram alguma parte do meu corpo sem a minha permissão		
Nunca	1212	77,6
Uma vez	132	8,5
Duas vezes ou mais	166	10,6
Não responderam	52	3,3
Fui forçado a usar drogas		

(Continua)

Nunca	1480	94,8
Uma vez	14	0,9
Duas vezes ou mais	16	1,0
Não responderam	52	3,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 10 estão demonstradas as respostas dos participantes em relação aos variáveis de exposição direta a eventos fortes. A grande maioria dos adolescentes nunca tiveram este tipo de exposição à violência, mas 23,5% foram vítimas de assalto e 5,2% foram atacados por arma de fogo.

Tabela 10 - Distribuição de frequência dos escolares à exposição direta a eventos fortes de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
Fui atacado com uma arma de fogo		
Nunca	1427	91,4
Uma vez	58	3,7
Duas vezes ou mais	23	1,5
Não responderam	54	3,5
Fui assaltado		
Nunca	1141	73,0
Uma vez	234	15,0
Duas vezes ou mais	133	8,5
Não responderam	54	3,5
Fui atacado com uma faca		
Nunca	1449	92,8
Uma vez	43	2,8
Duas vezes ou mais	15	1,0
Não responderam	55	3,5

Pediram-me dinheiro para não me machucar

(Continua)

Nunca	1471	94,2
Uma vez	21	1,3
Duas vezes ou mais	15	1,0
Não responderam	55	3,5
Tentaram me sequestrar		
Nunca	1427	91,4
Uma vez	64	4,1
Duas vezes ou mais	15	1,0
Não responderam	56	3,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 11 relata os resultados descritivos a dimensão sobre a percepção de violência. Para 39% dos adoelscentes o bairro é inseguro, porém a grande maioria nunca deixou de sair para se divertir devido à insegurança (71,3%) e nunca pararam de ir à escola devido a insegurança (94,2%).

Tabela 11 - Distribuição de frequência dos escolares à percepção de violência, relatados pelos adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Percepção de Violência	n	%
Sinto tanto medo devido à insegurança na minha vizinhança que prefiro não sair da minha casa		
Nunca	1253	80,2
Uma vez	139	8,9
Duas vezes ou mais	105	6,7
Não responderam	65	4,2
Deixei de sair para me divertir devido à insegurança		
Nunca	1114	71,3
Uma vez	201	12,9
Duas vezes ou mais	193	12,4
Não responderam	54	3,5

Tenho pensado que o meu bairro é inseguro

(Continua)

Nunca	899	57,6
Uma vez	315	20,2
Duas vezes ou mais	294	18,8
Não responderam	54	3,4
Parei de ir à escola devido à insegurança		
Nunca	1471	94,2
Uma vez	27	1,7
Duas vezes ou mais	9	0,6
Não responderam	55	3,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O capital social foi medido em quatro domínios, cujos resultados estão apresentados na Tabela 12. Para a maioria dos adolescentes os alunos ficam juntos (53,8%), eles se sentem seguros na escola (53,5%), e os pais se dão bem com os professores (58,4%).

Na dimensão rede de amigos na escola (Tabela 12), a maioria dos participantes concordaram que os alunos se divertem bem uns com outros (63,8%), confiam nos seus amigos da escola (39,8%), entretanto, à de se considerar que uma boa parte da amostra não confia (29,1%). Grande parte da amostra concorda que podem pedir ajuda aos seus amigos da escola (59,9%).

Tabela 12- Capital Social para adolescentes escolares, segundo os domínios Coesão social na escola, Rede de amigos na escola, Coesão no bairro/vizinhança e Confiança/escola e bairro/vizinhança. Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	n	%
Coesão social na escola		
Os alunos ficam juntos		
Concordo	841	53,8
Não tenho opinião, não sei	492	31,5
Discordo	187	12,0
Não responderam	42	2,7

Eu sinto que pertencço a esta escola, como se ela fosse minha

(Continua)

Concordo	733	46,9
Não tenho opinião, não sei	388	24,8
Discordo	391	25,0
Não responderam	50	3,2

Eu me sinto seguro nesta escola

Concordo	835	53,5
Não tenho opinião, não sei	326	20,9
Discordo	355	22,7
Não responderam	46	2,9

Meus pais se dão bem com meus professores

Concordo	912	58,4
Não tenho opinião, não sei	529	33,9
Discordo	76	4,9
Não responderam	45	2,9

Rede de Amigos na Escola

Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros

Concordo	997	63,8
Não tenho opinião, não sei	320	20,5
Discordo	210	13,4
Não responderam	35	2,2

Eu confio nos meus amigos da escola

Concordo	622	39,8
Não tenho opinião, não sei	442	28,3
Discordo	455	29,1
Não responderam	43	2,8

Eu posso pedir ajuda aos meus amigos a escola

Concordo	936	59,9
Não tenho opinião, não sei	363	23,2
Discordo	230	14,7
Não responderam	33	2,1

Coesão Social no Bairro/Vizinhança

(Continua)

Eu confio nos vizinhos

Concordo	427	27,3
Não tenho opinião, não sei	497	31,8
Discordo	599	38,3
Não responderam	39	2,5

Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos

Concordo	599	38,3
Não tenho opinião, não sei	513	32,8
Discordo	407	26,1
Não responderam	43	2,8

Confiança / Escola e Bairro/Vizinhança**Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio**

Concordo	892	57,1
Não tenho opinião, não sei	432	27,7
Discordo	193	12,4
Não responderam	45	2,9

Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim

Concordo	188	12,0
Não tenho opinião, não sei	505	32,3
Discordo	828	53,0
Não responderam	41	2,6

Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim

Concordo	305	19,5
Não tenho opinião, não sei	502	32,1
Discordo	716	45,8
Não responderam	39	2,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na avaliação da dimensão coesão no bairro /vizinhança (Tabela 12), a mesma porcentagem de estudantes não confia nos vizinhos (38,3%), mas também concordam que podem contar com a ajuda dos vizinhos (38,3%).

Na última dimensão, Confiança/ escola e bairro/ vizinhança, os estudantes avaliaram positivamente todas as três variáveis, concordando que os professores são solidários e os dão

apoio (57,1%), os vizinhos não tentariam tirar vantagem deles (53%) e os colegas também não tentariam tirar vantagens sobre eles (45,8%) (Tabela 12).

Após o cálculo do escore total do CEIVA, os adolescentes foram agrupados em baixa (46,7%) e alta exposição à violência (44,7%), como demonstra a tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição de frequências para a classificação do escore total de Exposição de Insegurança e Violência para Adolescentes - CEIVA. Marabá, Pará, 2019.

Escore total CEIVA	N	%
Baixa (0-14)	730	46,7
Alta (15-84)	698	44,7
Não responderam	134	8,6
Total	1562	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 14, apresenta os resultados do teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e perfil socioeconômico de adolescentes escolares, com associação estaticamente significativa para exposição a violência faixa etária ($p=0,000$), tipo de ensino ($p=0,000$), religião ($p=0,023$), moradia ($p=0,016$), atividade remunerada ($p=0,000$) e bairro ($p=0,001$).

A maioria dos adolescentes que tiveram baixa exposição à violência tinham 10-14 anos de idade (67,0%), estudava no ensino fundamental (77,8%), e era evangélico (51,4%) e sem atividade remunerada (94,3%). Maior exposição à violência foi associada aos bairros Cidade Nova (29,9%) e Nova Marabá (31,1%) quando comparados aos demais núcleos (Tabela 14).

Tabela 14- Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e perfil socioeconômico de adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	Exposição à Violência				p-valor
	Baixa		Alta		
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	259	35,5	267	38,3	0,540
Feminino	458	62,7	418	59,9	
Outro	13	1,8	13	1,9	

(Continua)

Faixa etária					
10-14	489	67,0	321	46,1	0,000
15-19	241	33,0	376	53,9	
Cor de pele					
Branca	100	13,8	70	10,1	
Preta	56	7,7	84	12,2	
Parda	538	74,4	504	73,0	0,222
Indígena	16	2,2	17	2,5	
Outra	13	1,8	15	2,2	
Tipo de ensino					
Fundamental	568	77,8	409	58,6	0,000
Médio	162	22,2	289	41,4	
Religião					
Católica	254	35,0	209	30,6	
Evangélica	373	51,4	349	51,1	
Espirita	1	0,1	7	1,0	
Outra	33	4,5	32	4,7	0,023
Não tenho religião	65	9,0	86	12,6	
Renda mensal					
R\$ 0-1.000	211	55,2	174	49,4	0,116
R\$ 1.001 -15.000,0	171	44,8	178	50,6	
Número de moradores					
2 a 5 pessoas	502	74,2	481	71,9	0,352
6 a 15 pessoas	175	25,8	188	28,1	
Moradia					
Alugada	130	18,0	108	15,6	
Emprestada/cedida	43	5,9	21	3,0	
Própria	534	73,9	554	79,8	0,016
Outra	16	2,2	11	1,6	
Atividade remunerada					
Sim	40	5,7	98	14,4	
Não	662	94,3	584	85,6	0,000
(Continua)					

Núcleos Urbanos

Cidade Nova	195	26,7	209	29,9	
Morada Nova	139	19,0	99	14,2	0,001
Nova Marabá	189	25,9	217	31,1	
São Felix	118	16,2	73	10,5	
Velha Marabá	89	12,2	100	14,3	

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na Tabela 15, foram analisados as associações entre hábitos de vida à exposição a violência, com resultados significantes para qualidade de vida ($p=0,000$), percepção de saúde ($p=0,000$), vida sexual ($p=0,000$), cigarro ($p=0,000$), bebidas alcoólicas ($p=0,000$), drogas ($p=0,000$) e prática de exercícios físicos ($p=0,001$). Os adolescentes que avaliaram sua qualidade de vida e sua saúde positivamente, praticam exercícios físicos, sem vida sexual ativa e que não fazem uso de drogas/álcool/cigarros tiveram baixa exposição à violência.

Tabela 15 - Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e comportamento em saúde e hábitos de vida de adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	Exposição à Violência				p-valor
	Baixa		Alta		
	n	%	n	%	
Qualidade de vida					
Muito ruim	5	0,7	13	1,9	
Ruim	14	2,0	25	3,6	
Nem ruim nem boa	151	21,1	209	30,3	0,000
Boa	349	48,8	314	45,5	
Muito boa	196	27,4	129	18,7	
Percepção de saúde					
Muito ruim	3	0,4	10	1,4	
Ruim	9	1,3	17	2,4	
Nem ruim nem boa	124	17,3	195	25,1	0,000
Boa	348	48,6	310	44,7	
Muito boa	232	32,4	162	23,3	

(Continua)

Percepção dos dentes

Muito ruim	6	0,8	8	1,2	
Ruim	32	4,4	31	4,5	0,632
Nem ruim nem boa	172	23,8	188	27,1	
Boa	352	48,7	324	46,6	
Muito boa	161	22,3	144	20,7	

Alimentação diária

Muito ruim	2	0,3	6	0,9	
Ruim	12	1,7	25	3,6	
Nem ruim nem boa	113	15,6	112	16,2	0,094
Boa	341	47,2	321	46,3	
Muito boa	255	35,3	229	33,0	

Prática de exercícios físicos

Não	175	24,4	126	18,2	
Somente na escola	337	46,9	301	43,4	0,001
Academia	26	3,6	37	5,3	
Ao ar livre	180	25,1	229	33,0	

Vida sexual ativa

Sim	47	6,5	146	20,9	
Não	681	93,5	552	79,1	0,000

Cigarro

Não	727	99,9	671	96,3	
Às vezes	0	0,0	20	2,9	0,000
Finais de semana	1	0,1	2	0,3	
Sempre	0	0,0	4	0,6	

Álcool

Não	694	95,5	541	78,1	
Às vezes	23	3,2	127	18,3	0,000
Finais de semana	8	1,1	14	2,0	
Sempre	2	0,3	11	1,6	

Uso de drogas

Sim	9	1,2	44	6,4	
Não	712	98,8	642	93,6	0,000

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 16 apresenta os resultados do teste qui-quadrado entre a exposição à violência e os quatro domínios do capital social para os adolescentes ($p= 0,000$). Menor coesão social na escola (61,6%) menor rede de amigos na escola (72,9%), menor coesão social no bairro/vizinhança (72,7%) estiveram associadas a menos exposição à violência. Apenas no domínio de Confiança/ escola e bairro/vizinhança, menor capital social neste domínio esteve estaticamente associado a maior exposição à violência (58,4%) enquanto que maior capital social manteve-se associado com menor exposição à violência (55,9%) (Tabela 16).

Tabela 16: Teste qui-quadrado entre classificação de exposição à violência e domínios do capital social entre adolescentes escolares da rede pública, Marabá, Pará, 2019.

Variáveis	Exposição à Violência				p-valor
	Baixa		Alta		
	n	%	n	%	
Coesão social na escola					
Menor	425	61,6	318	47,7	
Maior	265	38,4	349	52,3	0,000
Rede de amigos na escola					
Menor	517	72,9	412	60,3	
Maior	192	27,1	271	39,7	0,000
Coesão social no bairro/vizinhança					
Menor	512	72,7	369	53,9	
Maior	192	27,3	316	46,1	0,000
Confiança/ escola e bairro/vizinhança					
Menor	312	44,1	397	58,4	
Maior	395	55,9	283	41,6	0,000

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

6. DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico desta amostra de adolescentes é semelhante a outros estudos (GUBERT et al., 2016; PENACCI, JULIANI, BARBOSA, 2019) e aos dados oficiais nacionais (IGBE; PNAD, 2018), sendo a maioria do sexo feminino (60,45%) e auto declaram pardos (72,2%).

Percebe-se na amostra que os adolescentes em algum momento já presenciaram atos violentos contra outras pessoas em diversos episódios tais como: ver alguém apanhar na rua, quebrarem alguma coisa em alguém na rua, pessoas sendo incomodadas na rua, pessoas discutindo na rua, assaltos, mortes, dentre outros.

Na pesquisa de Patias e Dell'aglio (2015) analisaram aspectos relacionados à violência indireta, com episódios violentos que adolescentes testemunharam em um contexto extrafamiliar. Os resultados indicaram também um alto percentual dessa exposição indireta à violência, já que quase a totalidade dos adolescentes já havia sido exposto a pelo menos um episódio de violência.

Testemunhar esses episódios de violência traz consequências tanto para crianças e adolescentes, dependendo do tipo de exposição (SCHWARTZ; PROCTOR, 2001), com prejuízo à sua saúde física e mental (PENA, et al, 2016) e com aumento dos comportamentos de risco no futuro (SILVEIRA; BLANKB; RAMOS, 2009).

A violência também acontece de forma simbólica, podendo ser interpretada como um aviso de ameaças e insultos (SILVA; SALES, 2010). Segundo Gilberto Velho (2000), a violência não se limita somente ao uso da força, mas na possibilidade ou ameaça de usá-la, o que constitui um aspecto de sua natureza, associando-a a uma ideia de poder de um indivíduo sobre o outro.

Um dos fatores do questionário mede a exposição à violência em relação ao uso de drogas. No que diz respeito às drogas consideradas ilícitas, a pesquisa sobre drogas da Fundação Perseu Abramo realizada em 2013, quase metade da amostra (47%) presenciaram alguém fazendo uso de drogas, na amostra do presente estudo o valor é (55%) do total de participantes que já viram pessoas usando e (26,9%) que já viram vender drogas perto de suas residências. Embora a venda e o consumo de drogas não sejam em si um ato violento, mas no estudo de Gómez e Lucio (2013) os adolescentes consideram que sua presença está relacionada à violência em seus bairros.

Quando se trata de assédio e drogas, um tema bem delicado na adolescência, temos resultados que chamam atenção, pois 17,4% dos adolescentes relataram que já viram alguém

ser assediado sexualmente, 29,2% já presenciaram alguém tocar o corpo de uma pessoa sem o consentimento dela e 19,1% dos participantes já tiveram seu corpo tocado sem a sua permissão. Para Fontes, Conceição e Machado (2017) a violência sexual pode se manifestar de várias maneiras, com contato físico, sem contato físico; abuso verbal, exibicionismo, dentre outros.

Fukuda (2012) compreende o assédio sexual como uma forma de constrangimento causado por uma pessoa que se acha dominante, a partir de uma relação de poder e hierarquia sobre a outra. A autora ainda pontua que constranger está relacionado a ações como: coagir, obrigar e impor determinadas condições a uma vítima, contra a sua vontade.

Delzivo et al (2017), relata que, apesar de em muitas situações de assédio as adolescentes serem consideradas “provocadoras” e até mesmo consentem os atos sexuais, estas são frágeis física e psiquicamente para discernirem sobre tais atos e se defenderem desse tipo de violência.

Martins e Alencastro (2015) dizem que é fundamental que se busque ações simples e dinâmicas que auxiliem os adolescentes a denunciarem esses episódios, tais como canais abertos para denúncia, divulgação dos conselhos tutelares, entre outras estratégias que estimulem as vítimas a buscarem ajuda para interromper esse ciclo de violência, e assim reduzir as reincidências e a persistência dos atos violentos.

Poucos adolescentes foram expostos aos episódios de violência direta a eventos fortes, mas 23,5% deles foram vítimas de assalto e 5,2% foram atacados por arma de fogo. Os dados da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social do Pará (SEGUP) indicaram que 5144 roubos foram registrados nos primeiros vinte e três dias de 2019, representando uma média de 222 assaltos por dia, lembrando que esses dados são de boletins de ocorrência, fora os dados de pessoas que não registram esse ocorrido.

A insegurança na vizinhança no bairro é também fator de risco importante para exposição a violência entre adolescentes. 39% dos adolescentes do estudo acham o seu bairro inseguro, porém isso não é suficiente para que os adolescentes deixassem de sair para se divertir ou para ir para a escola. A percepção de não estar correndo risco pode ser muitas vezes subestimada pelos adolescentes (PENA, et al, 2016).

A pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) (IBGE, 2009) identificou que 6,4% dos escolares deixaram de ir à escola porque não se sentiam seguros no caminho de casa para a escola ou da escola para casa, enquanto nossa amostra 2,3 % já pararam de ir à escola em algum momento por causa da insegurança.

Um fator que pode levar esse jovem a não deixar de ir à escola, mesmo achando o bairro inseguro, pode ser explicado pela pesquisa de Penatieri et al, (2012) que investigou qual a

importância da escola para os jovens, descrevendo que eles se remeteram às seguintes opções mais citadas: formar para o mercado de trabalho/vida profissional; prosseguimento de estudos (outro curso no Ensino Médio Profissionalizante ou cursos no Ensino Superior); para o convívio social; preparo para o futuro em geral; para dar cultura; disciplina e visão de mundo. Ou seja, eles acreditam que completando os estudos podem transformar e melhorar a condição de suas vidas.

A violência na adolescência é um problema de saúde pública que não pode ser analisada isoladamente. A mortalidade por causas violentas (homicídios e acidentes de trânsito) é maior nesta faixa etária, estão como as principais causas de mortes entre adolescentes brasileiros. Quando dividido por sexo, a estimativa aponta que no mundo todo, meninos de 10 a 19 anos morrem principalmente por causa desses fatores (OMS, 2017).

Os adolescentes foram agrupados pela mediana do escore total do CEIVA em grupos com baixa exposição à violência (46,7%) e alta exposição (44,7%). Os adolescentes com idade entre 15 a 19 anos (53,9%) e no ensino fundamental (77,8%) tiveram maior exposição à violência. Entretanto, a distribuição não se difere estatisticamente entre os sexos.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, do Ministério da Saúde (SINAN/MS), no ano de 2011, observou-se que a violência física concentra 40,5% do total de atendimentos de crianças e adolescentes, principalmente na faixa etária de 15 à 19 anos, representando um total de 59,6% dos atendimentos realizados nessa faixa etária (BRASIL, 2011).

Para Valente et al. (2015) o impacto da violência reflete diretamente nos atendimentos dos serviços de saúde em decorrência dos danos físicos e mentais, no índice de mortalidade deste grupo etário relacionado aos homicídios e principalmente na propagação dos atos violentos que geralmente se iniciam nesse período e perduram até a vida adulta.

Assim como os dados do Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da Universidade de São Paulo, que fez uma análise em um intervalo de 22 anos e comparou estados e capitais brasileiras, e constatou também que os jovens dentro da faixa etária de 15 à 19 anos são as maiores vítimas de homicídios no país (COSTA, 2012). Nesse contexto, o problema da violência associado à criminalidade traz consequências bastante complexas, principalmente quando envolve crianças e adolescentes.

Considerando os hábitos de vida dos adolescentes, o maior quantitativo da amostra avaliou sua qualidade de vida como boa e muito boa, estando esses na baixa exposição à violência (76,2%), já os estudantes que avaliaram com aspectos negativos, tiveram sua maior

classificação na alta exposição à violência (35,8%). Na pesquisa de Sobral (2015), 66% dos adolescentes também apresentaram uma percepção positiva de qualidade de vida.

Na percepção de saúde a maioria dos participantes que também avaliaram positivamente sua saúde, estão na classificação de baixa exposição (48,6%), e os que disseram ser nem ruim nem boa, ruim, e muito ruim foram classificados alta exposição (32,4%).

Levando em consideração a fase de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo, para ter uma boa percepção dos fatores da qualidade de vida é importante desenvolver-se em meio um núcleo familiar harmônico que saiba lidar e resolver conflitos, como também estar vinculado a uma rede de apoio social e afetiva, podendo ser na escola, igreja, comunidade, dentre outros. Ou seja, um ambiente em que propicie a esse adolescente o desenvolvimento de características como boa autoestima e autonomia (MONTEIRO, 2011).

A família desenvolve um papel fundamental nesse desenvolvimento, podemos definir a família como um conjunto de pessoas, com um grau de parentesco entre se, 69,5% dos estudantes tem um núcleo familiar composto por 2 a 5 pessoas, de um modo geral a família é parte fundamental na formação do ser humano, tanto de crianças, adolescentes até adultos, visto que, está é responsável por promover valores, educação, proteção, saúde e lazer, o que influencia diretamente o comportamento destes na sociedade (SANTANA,2015).

A adolescência é sem dúvida, a época em que muitos iniciam a vida sexual ativa, porém o maior porcentagem da amostra dos participantes são de adolescentes que não possui vida sexual ativa, estes classificados na baixa exposição (93,5%), fato que pode explicar os bons índices dos adolescentes que não fazem uso de cigarro (99,9%), os que não ingerem bebidas alcoólicas (95,5%) e os que nunca experimentaram drogas (98,8%) todos classificados no baixo risco a exposição.

Para Malta (2011) a prática sexual na adolescência está muitas vezes ligada a outros comportamentos de risco como o consumo elevado de álcool, cigarro e outras drogas, estando esses também sujeitos as infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, violência dentre outros.

A grande maioria dos adolescentes do grupo com baixa exposição à violência não tem vida sexual ativa (93,5%), não fumam cigarro (99,9%), não ingere bebidas alcoólicas (95,5%) e não usam drogas (98,8%). Quanto mais tarde os adolescentes iniciarem a vida sexual, mais protegidos estão de suas consequências negativas (BEKAERT, 2005).

Refletir sobre a sexualidade na adolescência é também pensar sobre seus riscos e se esses adolescentes tiveram ensinamentos necessários acerca desse tema, tendo em vista que o

início da vida sexual na adolescência é uma etapa importante de amadurecimento pessoal nesta fase de transição (PENA et. al, 2016).

A religião também pode estar ligada aos bons índices para adolescentes que não fumam e nunca experimentaram drogas, visto que (88%) dos participantes seguem alguma religião. Em diversos estudos apontaram que o adolescente que tem religiosidade tem mais proteção contra o consumo de álcool, tabaco e drogas (YONKER; SCHNABELRAUCH, E DEHAAN, 2012; BEZERRA et al., 2009) e risco sexual (CERQUEIRA-SANTOS; KOLLER, 2016). Contudo a maioria das religiões tem tradições bem estabelecidas, o que acaba proporcionando aos adolescentes mais experiências positivas do que negativas (KOENIG, 2001).

Apesar de 1351 (86,5%) adolescentes não terem nenhuma atividade remunerada, a porcentagem de adolescentes com alta exposição à violência é o dobro entre aqueles que trabalham. Na maioria das vezes, a exposição à situações de violência se concentra em lugares que são fora do contexto familiar e escolar, ou seja, lugares em que o adolescente frequenta, trabalha e se diverte (LAMBERT et al., 2005).

Em relação aos núcleos urbanos, observamos diferenças estatisticamente significantes entre adolescentes que residem em áreas de menor exposição à violência (Morada Nova, São Félix) quando comparados àqueles que vivem em áreas mais violentas (Cidade Nova, Nova Marabá e Velha Marabá). Porém, esses resultados devem ser interpretados cautela, uma vez que seriam necessários dados socioeconômicos populacionais desses núcleos para que comparações pudessem ser confirmadas.

É importante destacar também que a relação entre pobreza e violência, já estabelecida em políticas de segurança, tem sido discutida na literatura, uma vez que as taxas de violência e de criminalidade continuam a aumentar (REIS, 2013). Por isso, outros fatores necessitam ser investigados em busca de maiores informações e evidências científicas sobre a violência na adolescência.

Finalmente, o resultado principal deste estudo testou a associação entre os domínios do capital social e exposição à violência. A hipótese inicial era de que o capital social poderia funcionar como fator protetor à violência para os adolescentes. Entretanto, os resultados evidenciam uma relação direta entre a exposição a violência quando comparada aos domínios coesão social na escola, rede de amigos na escola, coesão social no bairro/ vizinhança.

O SCQ-AS mede o capital social individual de adolescentes, e possivelmente, não seja suficientemente sensível para atuar como fator de proteção de exposição à violência. Uma possível limitação deste estudo é a falta de medidas de capital social contextual dos núcleos

urbanos de Marabá, mesmo que o CEIVA tenha capacidade de caracterizar de forma abrangente o entorno onde esses adolescentes residem.

Os amigos são uma das principais fontes de capital social tanto na infância como na adolescência, entretanto é justamente nesse período que algumas relações interpessoais com o grupo de pares são marcadas por diversos conflitos, que ao invés de as colocar ao nível da proteção do bem-estar, as coloca como um risco (MATOS et al, 2011).

O capital social tem influência em muitos aspectos positivos como, democracia, desenvolvimento econômico e social, porém em alguns casos o capital social pode ser um elemento de exclusão ou preconceito em relação as pessoas que não fazem parte de um determinado grupo, assim o pertencimento a um determinado grupo pode excluir e marginalizar pessoas que não compartilham dos mesmo valores (HURTADO; KAWACHI; SUDARSKY, 2011; UPHOFF et al. 2013).

No estudo de Rajão (2017) os adolescentes que apresentaram melhores condições socioeconômicas apresentam maior coesão social, enquanto que os de menor renda familiar relatam não se sentirem seguros no ambiente escolar, remetendo a pobres vínculos com suas escolas, fatores esse que indicam menor coesão social. As condições socioeconômicas também podem influenciar o apoio dos pais à escola e a percepção do adolescente sobre suas relações com a escola.

O capital social é elevado onde as pessoas confiam umas nas outras e onde essa confiança é exercida pela aceitação mútua de obrigações (MELO, 2007). Indivíduos que apresentam maior capital social, possuem maiores níveis de confiança, maior senso de justiça e fortalecimento dos laços sociais (CRUZ; AZEVEDO; GONÇALVES, 2011).

No entanto, nem sempre o capital social traz efeitos positivos, por exemplo, associações de grupos terroristas, motivados por interesses diversos também consiste em um reflexo de organização desse capital (MELO, 2007). Neste estudo, no domínio coesão social no bairro / vizinhança, os adolescentes com menor capital social foram mais expostos a violência.

Esse é um ponto delicado dessa medida de capital social entre adolescentes é que se trata de uma relação entre iguais. Seria necessário considerar o contexto da escola, em que pode haver grupos específicos excludentes e altamente coesos. Crianças “aceitas” e que fazem parte desses grupos podem reportar maior sensação de pertença indicando alto capital social escolar.

Estudos no âmbito internacional entre capital social e comportamentos de bullying indicam que o capital social exerce influência em tais comportamentos, repercutindo nos espaços de convivência estudantis, os adolescentes que possuem vínculos consistentes com a escola (GOTTFREDSON; DIPIETRO, 2011; CARNEY; JACOB; HAZLER, 2011). Os

adolescentes que possuem vínculos consistentes com a escola, professores e que recebem apoio dos colegas e amigos mais próximos tem menor chance de se envolver em episódios de bullying (MCPHERSON et al, 2013).

A coesão social no bairro e vizinhança para os participantes com menor capital social pode ser explicado pelas particularidades da adolescência, pois as comunidades de pessoas jovens costumam ter uma rede de amigos virtuais em torno da escola, centro da cidade, casas de amigos e parentes, ao invés de ligada a uma localização geográfica fixa (MORROW, 2000).

Por outro lado, a capacidade de mobilização e de participação da população no combate à violência é ainda extremamente precária, ou seja, a população ainda espera que as decisões e ações dependam do Estado (REIS, 2013).

No domínio de capital social sobre confiança/escola e bairro/vizinhança, quanto maior o capital social, menor exposição à violência, sendo que os adolescentes que possuem maior capital social neste domínio tem 1,8 mais chance de ser menos expostos à violência.

O estudo de Galea et al (2002) demonstrou que maiores taxas de indicadores de violência estão consistentemente associadas a menor capital social, seja em contextos mais amplos a nível de estado ou mais restritos a comunidades. Em um estudo realizado em São Leopoldo, o relato de ocorrência de discussão violenta e homicídios foi cerca de 3 vezes maior nos locais onde as pessoas referiam elementos desfavoráveis, como baixa confiança e menor controle social informal na vizinhança (VIAL et al., 2010).

Com isso, é necessário discutir melhor sobre as variáveis que compõem o domínio. O alicerce deste domínio é a confiança medida pelo apoio que os adolescentes têm dos professores (57,1%), pela confiança nos vizinhos (53,0%) e também nos colegas de escola (45,8%).

Para Silva (2013), a confiança é base de toda comunidade, seja ela em maior ou menor grau, ou seja, a confiança é geradora da vida social, portanto se deduz que ela é a principal base do capital social. A mesma autora considera a vizinhança importante para a vida do adolescente, como forma de apoio e encorajar a participação ativa desse indivíduo dentro da comunidade, aumentando assim as oportunidades e os níveis de competência social. Uma vez que o capital social reforça e é reforçado por um sentimento de confiança, pertença e participação social (POORTINGA, 2006) tanto na escola, comunidade, como no local de trabalho, estes são locais de potencial formação de apoio social.

Novas medidas de enfrentamento da violência na adolescência advém da necessidade de desenvolver novos estudos e ações que auxiliem na prevenção deste agravo e melhoria da qualidade de vida nesta população (MARTINS, ALENCASTRO, 2015).

Por enquanto, essas reflexões nos permitem dizer que a associação entre violência e capital social entre adolescentes escolares precisará ser mais bem explorada. Uma análise espacial, bem como uma análise em modelo multivariado hierárquico poderiam complementar os achados deste estudo, uma vez que se as escolas se localizam em regiões vulneráveis e/ou violentas, pode ser que esses alunos se relacionem menos com os seus pares para formar redes sociais que, de fato, sejam suportivas com base em confiança.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou descrever o perfil sociodemográfico da população estudada, mensurar o capital social em domínios e também mensurar diferentes fatores de exposição à violência experienciados por 1562 adolescentes das escolas públicas do município de Marabá.

Investigar situações de violência vivenciadas por adolescentes escolares é, ao mesmo tempo, desafiador e complexo, principalmente pelos indicadores de vulnerabilidade relatados em pesquisas nacionais. Apesar de a maioria dos estudantes ter tido baixa exposição à violência, é importante frisar que em algum momento esses adolescentes já passaram e vivenciaram episódios de violência.

O capital social foi associado à exposição à violência de maneira direta em todos os domínios exceto, confiança/ escola e bairro/vizinhança, no qual constatou-se que adolescentes que tiveram maior capital social foram menos expostos à violência. Portanto, concluímos que a confiança no ambiente próximo pode ser um fator protetor contra a violência para esta amostra de adolescentes das escolas públicas do município de Marabá.

Acredito que o presente estudo teve um papel fundamental para compreender a percepção dos adolescentes sobre vulnerabilidade à violência e capital social. Os resultados irão contribuir para elaboração de indicadores, bem como para a prática da prevenção e intervenção. Uma vez que, quando pesquisado na base de dados Scielo publicações que abordam o tema no município não foram encontradas, o que torna nosso estudo de fundamental importância.

Os resultados do estudo serão publicados, uma vez que devemos tornar ciente a realidade desses adolescentes no município, tanto para o universo científico, como também dissipar os resultados para as autoridades competentes, bem como para a população participante, oferecendo um retorno social frente a problemática estudada.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M; CASTRO, M. G; PINHEIRO, L. C; LIMA, F. S., & MARTINELLI, C. C. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.
- ABRAMOVAY, M; FEFFERMANN, M; RÉGNIER, J.C. **Coesão social e vulnerabilidade no Brasil juventudes e violências**. Poiésis-Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação, v. 5, p. 165-183, 2012.
- ASSIS, S. G., DESLANDES, S. F., & SANTOS, N. C., **Violência na adolescência: sementes e frutos de uma sociedade desigual**. In: **Brasil. Ministério da Saúde**. Impacto da violência na saúde dos brasileiros (pp.79-116). Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2005.
- ASSIS, SIMONE GONÇALVES de et al. **Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p. 349-361, 2009.
- AYRES, J.R.C.M; CALAZANS, G.J; SALETTI, F.H.C; FRANÇA, J.I. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND, J.M; CAEVALHO, Y.M. Organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; p.375-418. 2006.
- BASTOS, J. L. D; DUQUIA, R.P. **Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. Scientia Medica, [errata 2013] 17.4: 229-232.
- BEKAERT, S. **Adolescents and sex: the handbook for professionals working with young people**. Oxford: Radcliffe; 2005.
- BELLENZANI, R; MALFINATO, A.P.S; VALLI, C.M. **Da vulnerabilidade social à vulnerabilidade psíquica: uma proposta de cuidado em saúde mental para adolescentes em situação de rua e exploração sexual**. Anais do 1º Simpósio Internacional do Adolescente; 2005. São Paulo, 2005. Disponível em: < <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=MSC000000008200500020010&Ing=en&nrm=isso> > Acesso em: 20 de Mai 2019.
- BENETTI, C; Silvia Pereira et al. **Violência comunitária, exposição às drogas ilícitas e envolvimento com a lei na adolescência**. Psico, v. 37, n. 3, p. 7, 2006.
- BERTOLAZZI, M.R; NICHATA, L.Y.I; TAKAHASHI, R.F; CIOSAK, S.I; HINO, P; VAL, L.F, et al. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. Rev. Esc. Enferm. USP. 43(N.Esp.2): 1326-30; 2009.
- BRANDÃO NETO, Waldemar et al. **Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 4, 2015.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA. **Lei Federal nº 8.069/90**. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 340 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto da Criança e do Adolescente** / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde), 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes**. Prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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; 2010.

BRASIL. **Metodologia de Construção do Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência – ano base 2010**. Política Nacional de Gestão e de dados na disseminação Segurança Pública. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59, Brasília. Resolução CNS No 466, de 12 de dez. de 2012, Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 13/04/2019.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE em Movimento Humano**. Perfil/IDHM e EDUCAÇÃO – Município Marabá-PA. PNUD; Fundação João Pinheiro; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/maraba_pa> Acesso em: 08 de Abr. 2019.

BRASIL. **Anuário brasileiro de segurança pública 2014**. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública. SENASP/ MJ. São Paulo, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Índice de Vulnerabilidade Juvenil à Violência e Desigualdade 2014**. Secretária-geral da Presidência da República, Ministério da Justiça e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Brasília. 2014.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Secretaria de Governo. **Índice de vulnerabilidade juvenil à violência 2017: desigualdade racial, municípios com mais de 100 mil habitantes**. Secretaria de Governo da Presidência da República, Secretaria Nacional de Juventude e Fórum Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, p.87, 2017.

BRÊTAS J.R.S, MORENO R.S, EUGENIO D.S, SALA D.C.P, VIEIRA T.F, BRUNO P.R. **Os rituais de passagem segundo adolescentes**. Acta Paul Enferm. 21(3):404-11.2008.

BRITO, I. **Ansiedade e depressão na adolescência**. Rev Port Clin geral. 27(2):208-14, 2011.

CALZA, T. Z.; DELL'AGLIO, D. D; SARRIERA, J. C., **Direitos da criança e do adolescente e maus-tratos: epidemiologia e notificação.** Revista da SPAGESP, v. 17, n. 1, p. 14-27, 2016.

CARNEY, J.V; JACOB, C.J; HAZLER, R.J. **Exposure to school bullying and the social capital of sixth-grade students.** *J. Humanist. Couns.* 2011; 50(2):238-53. Disponível em: <<https://www.smithvilleschooldistrict.net/site/handlers/filedownload.ashx?moduleinstanceid=2038&dataid=2941&FileName=Exposure%20to%20School%20Bullying%20and%20Social%20Capital%20of%20Sixth-Grade%20Students.pdf>> Acessado em: 15 de Nov. 2019.

CERQUEIRA, D.R.C; MOURA, R. L.; **Vidas perdidas e racismo no Brasil.** 2013.

CERQUEIRA -SANTOS, E; KOLLER, S. H. **Sexual risk-taking behavior: The role of religiosity among poor Brazilian youth.** *Universitas Psychologica*, 15, 1-x. 2016.

CHAUÍ, M. **Ética, violência e política.** In: **Cultura e democracia.** O discurso competente e outras falas. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COSTA, Ana Paula Motta. **Adolescência brasileira e o contexto de vulnerabilidade à violência.** *Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade*, n. 6, 2012.

CRUZ, S.R; AZEVEDO, M.R; GONÇALVES, H. **Vitimização por violência urbana em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil.** *Rev. Bras. Epidemiol*, 14(1): 15-26. 2011.

DELZIOVO, C. R; BOLSONI, C. C; NAZÁRIO, N. O; COELHO, E. B. S. **Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, 33(6), 00002716, 2017.

FERREIRA, T.H.S; FARIAS, M.A; MATTOS, S., Edwiges Ferreira. **Adolescência através dos séculos.** *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26.2: 227-234. 2010.

FERREIRA, I.C.B.; VASCONCELOS, A.M.N.; DE AZEVEDO PENNA, N. **Violência urbana: a vulnerabilidade dos jovens da periferia das cidades.** *Anais*, p. 1-18, 2016,

FIGUEIREDO, G.C.; FAUSTINO, H.H., **Violência e vulnerabilidade social: impacto da intervenção psicossocioeducativa na garantia de direitos.** *Laplage em Revista*, v. 4, n. 3, p. 225-239, 2018.

FILIPINI, C.B; RADO, O.B; FELIPE, A. O. B.; TERRA, F. S., **Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente.** *Adolescência e saúde*, v. 10, n. 1, p. 22-29, 2013.

FLORES, E.M.T.L; DREHMER, T.M. **Conhecimentos, percepções, comportamentos e representações de saúde e doença bucal dos adolescentes de escolas públicas de dois bairros de Porto Alegre.** *Ciência Saúde Colet*,8(3):743-752, 2003.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO (FPA). **Drogas lícitas e ilícitas no Brasil: proximidades e opiniões.** Vilma Bokany; Gustavo Venturi (Coord.). Fundação Perseu Abramo (FPA). 2013. Disponível em http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/drogas-quantiquali-fpa-mar14-site.pptx_.pdf>. Acessado em: 15 nov. 2019.

FUKUDA, R. F. **Assédio sexual: uma releitura a partir das relações de gênero.** *Simbiótica*, (1), 119-135, 2012.

GADEA, C.A; SILON, J; ROSA, F.S; CEZAR, M.S; DICK, H. **Trajetórias de jovens em situação de vulnerabilidade social: sobre a realidade juvenil, violência intersubjetiva e políticas para jovens em Porto Alegre–RS.** Sociologias, v. 19, n. 45, 2017.

GALEA, S; KARPATI, A; KENNEDY, B.P. **Social capital and violence in the United States, 1974–1993.** Soc Sci Med.55 (8):1373–83, 2002.

GONÇALVES, H. S. **Violência contra a criança e o adolescente.** In: GONÇALVES, H. S., BRANDÃO, E. P (Orgs.). Psicologia jurídica no Brasil. Rio de Janeiro: NAU, 2011.

GÓMEZ –HERNANDEZ; H. L. MAQUEO –LUCIO G. **Exposición a la violencia en la comunidad en adolescentes estudiantes: una aproximación cualitativa.** Rev. Mex. Orient. Educ. [online]. 2013, vol.10, n.25, pp. 68-75. ISSN 1665-7527.

GOTTFREDSON, D.C; DIPIETRO, S.M. **School Size, Social Capital, and Student Victimization.** Sociol. Educ. 2011; 84(1):69–89. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0038040710392718>> Acessado em: 10 de Nov. 2019.

GROSSMAN, E. **La adolescencia cruzando los siglos.** Adolesc. Latinoam, v. 1, n. 2, p. 68-74, 1998.

GUARESCHI, N. M. F.; WEBER, A.; COMUNELLO, L. N.; NARDINI, M. **Discussões sobre violência: trabalhando a produção de sentidos.** Psicol. Reflex. Crit. [Online], vol.19, n.1, p. 122-130. Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010279722006000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Mar. 2019.

GUBERT, F. A; et al. **Perfil sociodemográfico e sexual de adolescentes escolares sexualmente ativas em Fortaleza-CE.** Adolescência e Saúde, 13.2: 41-50, 2016.

HERNÁNDEZ, H.L.G.; GÓMEZ-MAQUEO, E.L.; PATIÑO, C.D. **Confiability and Validez de un Cuestionario de Exposición a la Violencia para Jóvenes.** Acta de Investigación Psicológica, v.3, n.1, p.1005-1017, 2013.

HURTADO, D; KAWACHI, I; SUDARSKY, J. **Social capital and self-rated health in Colombia: the good, the bad and the ugly.** Soc Sci Med. 72(4):584-590,2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama cidades.** v4.3.8.10, Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/maraba/panorama>> Acesso em: 28 Abr.2019 as 19h:12min.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Educa, Conheça o Brasil - População **Quantidade de homens e mulheres, 2019.** Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>> Acessado em: 20 de novembro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2009.** Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

IDROVO, A.J; RUIZ-RODRÍGUEZ, M; MANZANO-PATIÑO, A.P. **Beyond the income inequality hypothesis and human health: a world wide exploration.** *Rev Saude Publica*, 44(4):695-702.2010.

JORGE, M. H. P. M. **Violência como problema de saúde pública.** *Ciência e Cultura*, v. 54, n. 1, p. 52-53, 2002.

KALJEE, LINDA M., CHEN, XINGUANG. **Capital social e comportamentos de risco e proteção: uma perspectiva global de saúde.** *Saúde do adolescente, medicina e terapêutica*, v. 2, p. 113, 2011.

KRIPPER, C.E.; SAPAG, J.C. **Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 25, p. 162-170, 2009.

KRUG, E.G; DAHLBERG, L.L; MERCY, J.A; ANTHONY B; LOZANO,L. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002.

MCKAY, A. LAWSON, D. **Pobreza crônica: uma revisão das evidências quantitativas atuais.** Documento de trabalho do Centro de Pesquisa sobre Pobreza Crônica, n. 15, 2002.

LAUGLO J. **Social capital trumping class and cultural capital? Engagement with school among immigrant youth.** In: Baron S, Field J, Schuller T, editors. *Social Capital: Critical Perspectives.* Oxford: Oxford University Press; p. 142-167, 2000.

LOEBER R, FARRINGTON D.P, STOUTHAMER-LOEBER M, WHITE H.R. **Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood.** London: Taylor & Francis; 2008.

LOCH MR. **Associação entre capital social e comportamentos relacionados à saúde: Estudo de base populacional.** Londrina: Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Londrina; 2013.

LOCH, M. R; SOUZA, R.K.T; MESAS, A.E; GONZÁLEZ, A. D; ARTALEJO, F, R. **Associação entre capital social e autopercepção de saúde em adultos brasileiros.** *Revista de Saúde Pública*, v. 49, p. 53-53, 2015.

LUZ, T.C.B; LOYOLA, F. A.I; LIMA, C. M.F. **Perceptions of social capital and cost-related non-adherence to medication among the elderly.** *Cad. Saúde Publica*, 27(2):269-276.2011.

MARABÁ. Lei Nº 17.846, de 29 de março de 2018, **dispõe sobre a revisão do plano diretor participativo do município de Marabá**, instituído pela Lei Municipal Nº 17.213 de 09 de outubro de 2006, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.governotransparente.com.br/transparencia/doumentos/4466490/download/29/Plano Diretor Participativo % 2017.846. Mar%C3%A7o_2018.pdf](http://www.governotransparente.com.br/transparencia/doumentos/4466490/download/29/Plano%20Diretor%20Participativo%2017.846.Mar%C3%A7o_2018.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2019. Às 09h:40m

MALTA, D.C; PORTO, D.L; MELO, F.C.M; MONTEIRO, R.A; SARDINHA, L.M.V; LESSA, B.H. **Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares.** *Rev Bras Epidemiol*.14(Supl 1):166-77. DOI:10.1590/S1415-790X2011000500017, 2011.

MARLIER, M; VAN DUCK,D. CARDON, G; BOURDEAUDEAUDHUIL,L; BABIAK,K;WILLWM,A. **Interrelation of sport participation, physical activity, social capital and mental health in disadvantaged communities: A SEM-analysis.** PloS one, v. 10, n. 10, p. e0140196, 2015.

MARTINS C.B.G, ALENCASTRO L.C.S, MATOS K.F, ALMEIDA F.M, SOUZA S.P.S, NASCIMENTO S.C.F. **As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes.** Adolesc. Saúde, 9(1):25-32,2012.

MARTINS, G.D.F; MACARINI, S.M; VIEIRA, M.L; SACHETTI, V.A.R; SEIDL-DEMOURA, M.L; BUSSAB, V.S.R. **Cuidado parental e apoio social em mães residentes na capital e interior de Santa Catarina.** Interação.13(1):25-35,2009.

MARTINS, C. B. G; ALENCASTRO, L. C. S. **Características da violência sofrida por adolescentes escolares de uma capital brasileira.** *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17.3, 2015.

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. **Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007.** Cadernos de Saúde Pública, v. 26, p. 347-357, 2010.

MCPHERSON, K; KERR, S; MCGEE, E; CHEATER, F; MORGAN A. **The Role and Impact of Social Capital on the Health and Wellbeing of Children and Adolescents: a systematic review.** Glasgow Centre for Population Health, Parenting and Family Support Research Programme, Glasgow Caledonian University; 2013. Disponível em: <https://www.gcph.co.uk/assets/0000/3647/Social_capital_final_2013.pdf> Acessado em 14 de Nov. 2019.

MELO FILHO, D. A.; SÁ, R. F.; CHUMA, J. **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil.** Recife: Bargaço, 2007.

MÉLO, S; FERREIRA, M. **O capital social como instrumento de integração da sociedade e combate à violência urbana.** Revista de Geografia (Recife), 24.1: 189-201, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Violência e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz,132p. 2006.

MORROW, V.M. **‘Dirty looks’ and ‘trampy places’ in young people’s accounts of community and neighbourhood: Implications for health inequalities.** Crit Public Health. 10(2): 141-152, 2000.

MONTEIRO, M.J.M. **Competências para a vida em adolescentes: Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde e competência social [tese].**Portugal: Universidade do Algarve; 2011.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R., **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 319-324, 2007.

NICHIATA, L.Y.I; BERTOLOZZI, M.R; GRYSCHER, A.L.P.L. **Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis.** Rev. Escola de

Enfermagem da USP. 45:1769-73, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40903>>. Acesso em: 07 Mar. 2019.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Brasil tem 7ª maior taxa de homicídios de jovens de todo o mundo, aponta UNICEF**. Atualizado em 20 Nov. 2017. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/brasil-tem-7a-maior-taxa-de-homicidios-de-jovens-de-todo-o-mundo-aponta-unicef/>> Acesso em: 12 Març.2019, às 18:50h.

PAIVA P.C.P, PAIVA H.N, FILHO P.M.O, LAMOUNIER J.A, FERREIRA E.F, FERREIRA R.C, KAWACHI I, ZARZAR P.M. **Development and validation of a social capital questionnaire for adolescent students (SCQ-AS)**. PloS one. Aug 5; 9(8). 2014.

PATTUSSI, M.P. **Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1525-1546, 2006.

PATTUSSI M.P, MOYSÉS S.J, JUNGES J.R, SHEIHAM A. **Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia**. Cad. Saúde Pública; 22(8): 1525-1546, 2006.

PATIAS, N.D; DELL'AGLIO, D.D . **Prevalência de exposição à violência direta e indireta: um estudo com adolescentes de escolas públicas**. Acta Colombiana de Psicologia, 20 (1), 90–100, 2015,

PEREIRA, E.D.; PINTO, J.P.; **Adolescência: Como se faz?—apontamentos sobre discursos, corpos e processos educativos**. Fazendo gênero, v. 7, n. 17, 2003.

PESSALACIA, J. D. R; MENEZES, E. S; MASSUIA, D. **A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública**. Bioethikos, v. 4, n. 4, p. 423-30, 2010.

PENACCI, F. A; JULIANI, C. M. C. M; BARBOSA, G. C. **Perfil sociodemografico de adolescentes privadas de liberdade no interior do Estado de São Paulo**. Adolescência e Saúde, 16.2: 38-46, 2019.

PENA, G; et al. **Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino**. Adolescência e Saúde, 2016, 13.1: 36-50.

PENATIERI, G. R; FALCÃO, C. R; MARTÍNEZ, S. A. **Ao final da educação básica: o que pensam jovens alunos sobre suas escolarizações, suas juventudes e seus projetos**. Educ. foco, 16.2: 117-139,2012.

POORTINGA, W. **Relações sociais ou capital social? Efeitos na saúde individual e comunitária do vínculo de capital social**. Ciências Sociais e Medicina 63 (1), pp. 255-270. [10.1016 / j.socscimed.2005.11.039](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.039), 2006.

PUTNAM, R.D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

RAJÃO, S.M, ZARZAR, P.M, FERREIRA, R. C., FERREIRA, E.F. **O capital social de adolescentes escolares de um município de Brasileiro**. Cien. Saúde Coletiva, 2018. Disponível em: em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-capital-social-de-adolescentes-escolares-de-um-municipio-de-brasileiro/16744?id=16744>> Acesso em: 15 de Mai.2019.

RATES, Susana Maria Moreira et al. **Violência infantil: uma análise das notificações compulsórias, Brasil 2011**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 655-655, 2015.

REIS, A.F. **Violência e Desenvolvimento Local: um estudo sobre a criminalidade entre jovens de 15 a 24 anos em comunidades periurbanas de Campo Grande, MS**. *Interações (Campo Grande)*, 14.2.2015.

ROQUE, A. **Programa de redução da violência letal contra adolescentes e jovens**. Observatório de Favelas/UNICEF/Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Rio de Janeiro, 2012.

SAPAG, J.C.; KAWACHI, I., **Capital social y promoción de la salud en América Latina**. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, p. 139-149, 2007.

SANTOS, Larissa Medeiros Marinho dos. **O papel da família e dos pares na escolha profissional**. *A NAME=*. *Psicol. estud.*, v. 10, n. 1, p. 57-66, 2005.

SCHWARTZ, D; PROCTOR, L; CHIEN, D. **The aggressive victim of bullying: Emotional and behavioral dysregulation as a pathway to victimization by peers**. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 147-174). New York: The Guilford Press, 2001.

SILVA, J, M.A,P; SALLES, L.M.F. **A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção Educar**. *Rev. Curitiba, Brasil*, n. especial 2, p. 217-232, Editora UFPR, 2010.

SILVA, E.R.A; ROCHA, A.; OLIVEIRA, R.M de. **Os jovens adolescentes no Brasil: a situação socioeconômica, a violência e o sistema de justiça juvenil**. *Dimensões da Experiência Juvenil Brasileira e Novos Desafios às Políticas Públicas*. Brasília: IPEA, 2016.

SILVA, S.E.D; PADILHA, M.I. **O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais**. *Texto & Contexto Enferm.* 22(3):576-84. DOI: 10.1590/S0104-07072013000300002, 2013.

SILVEIRA, E.A; BLANKB N, RAMOS J. **Comportamentos de risco à saúde de adolescentes do ensino médio**. *Rev Bras Prom Saúde.* 22:164-71, 2009.

SCHENKER, M.; CAVALCANTE, F.G., **Vulnerabilidade, Família, Abuso, Dependência de Drogas e Violência**. *Vulnerabilidades, Resiliência e Redes: Uso, abuso e dependência de drogas*. São Paulo: Red Publicações, 2015.

SOARES, S.M; AMARAL, L.M.A; SILVA, L.B; SILVA, P.A.B. **Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio**. *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* 12(3):485-91, 2008.

SOBRAL, M. E; TAVARES, G. D; ABDALA, W; DENNIS; NASCIMENTO, D; CABRAL, T. **Avaliação da qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social**. *Rev. Brasileira em Promoção da Saúde*, vol. 28, núm. 4, outubro-diciembre, pp.568-577, 2015.

SOUSA, Z. A. A; DA SILVA, J.G; DE ASSUNÇÃO, M.F. **Saberes e práticas de adolescentes sobre saúde: implicações para o estilo de vida e cuidado de si.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 18, n. 3, p. 400-406, 2014.

SOUZA, A. A. **Educação e sociedade: um estudo exploratório acerca dos meandros da violência juvenil.** HOLOS, v. 4, p. 52-62, 2015.

SOUTO, D.F, ZANIN L. BOVI AMBROSANO, G.M, FRÓRIO, F.M. **Violência contra crianças e adolescentes: perfil e tendências decorrentes da Lei no 13.010.** Revista Brasileira de Enfermagem, 71, 2018.

TELLEZ, M; SOHN, W; BURT, B.A; ISMAIL, A.I. **Assessment of the Relationship between Neighborhood Characteristics and Dental Caries Severity among Low- Income African-Americans: A Multilevel Approach.** J Public Health Dent, 66(1):30-36,2006.

TUESCA-MOLINA, R. J.; AMED-SALAZAR, E.J. **Social capital and relationship with self-rated health. National health survey in Colombia.** Colomb. Med., Cali, v. 45, n. 1, p.7-17, Jan. 2014.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação das Crianças e dos Adolescentes na Tríplice Fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: desafios e recomendações.** Curitiba: UNICEF, ITAIPU Binacional. 2005.

VALE, R.S.; BALIEIRO C.P.P. **Diagnóstico ambiental no perímetro urbano do município de Marabá, estado do Pará, utilizando imagens de alta resolução.** In: Anais XVI Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto - SBSR, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 13 a 18 de abril de 2013, INPE. Disponível em: <<http://www.dsr.inpe.br/sbsr2013/files/p1414.pdf>>. Acesso em: 19 Maio 2019.

VALENTE, L.A; DALLEDONE, M; PIZZATT, O E; ZAITER, W; SOUZA, J.F. LOSSO, E.M. **Domestic Violence Against Children and Adolescents: Prevalence of Physical Injuries in Southern Brazilian Metropolis.** Braz. Dent. J. 26(1): 55-60, 2015.

VELOSO, Milene Maria Xavier et al. **Notificação da violência como estratégia de vigilância em saúde: perfil de uma metrópole do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, p. 1263-1272, 2013.

VELHO, G. **Violência, reciprocidade e desigualdade.** In: VELHO, G.; ALVITO, M. (Orgs.). Cidadania e violência. 2. ed. Rio de Janeiro: Editoras UFRJ/FGV, p. 11-25, 2000.

VIAL, E.A; JUNGES, J.R; OLINTO, M.T.A; MACHADO, O.S; PATTUSSI, M.P. **Violência urbana e capital social em uma cidade no Sul do Brasil: um estudo quantitativo e qualitativo.** Rev. Panam Salud Publica. 28(4): 289-297, 2010.

VIERO, F. S.V; FARIAS, J.M; FERRAZ, F; SIMOES, P.W; MARTINS, J.A; CERETTA, L.B. **Educação em saúde com adolescentes: análise da aquisição de conhecimentos sobre temas de saúde.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 19, n. 3, p. 484-490, 2015.

VILLELA WV, DORETO DT. **Sobre a experiência sexual dos jovens.** Cad. Saúde Pública. 22(11):2467-72, 2006.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA **Situação Mundial da Criança: Crianças em um mundo Urbano**. Brasília, DF: UNICEF.2012.

WASELFISZ, JULIOJACOBO. Mapa da violência 2013. **Mortes Matadas por Armas de Fogo**. Centro Brasileiro de Estudos Latinos- Americanos/FRACSO, 2013. Disponível em: <www.fracso.org.br> Acesso em: 11 de Mai. de 2019.

WASELFISZ, J.J. Mapa da Violência 2014. **Os jovens do Brasil**. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil_Preliminar.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2019.

World Health Organization. WHO. **Youth violence**. Fact sheet N°356. Jan. 2015, Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs356/en/>>. Acesso em: 20 Abr. 2019.

YU, M; STIFFMAN, A. R. **Positive family relationships and religious affiliation as mediators between negative environment and illicit drug symptoms in American Indianadolescents**. Addictive Behaviors, 35(7), 694-699, 2010.

YONKER, J. E., SCHNABELRAUCH, C. A., & DEHAAN, L. G. **The relationship between spiritualityand religiosity on psychological outcomes in adolescents and emerging adults: A meta-analytic review**. Journal of Adolescence, 35, 299-314, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Violência, trânsito, doenças: O que mais mata os jovens no Brasil e no mundo, segundo a OMS**, 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-39934226>> Acesso em: 15 de Out. 2019.

ONU- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, **Brasil tem 7ª maior taxa de homicídios de jovens de todo o mundo, aponta UNICEF**, 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-tem-7a-maior-taxa-de-homicidios-de-jovens-de-todo-o-mundo-aponta-unicef/>> Acessado em: 10 de Nov. 2019.

ANEXOS

Anexo A- Autorização Secretaria Municipal de Educação Marabá-PA (SEMED)**PREFEITURA DE MARABÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

Ofício nº 0693/2019

Marabá (PA), 11 de setembro de 2019

A Sua Senhoria a Senhora
Profª Dra. ANA CRISTINA VIANA CAMPOS
IESB – UNIFESSPA
Av. do Ipês, s/n, Cidade Jardim - Marabá

MARABÁ-PA

Ref.: Resposta ao ofício nº 038/2019-FASC/IESB/UNIFESSPA

Prezada Docente,

Com satisfação em cumprimentá-la, em atenção ao Ofício mencionado na epígrafe, informamos a Vossa Senhoria que após avaliação manifestamo-nos favoráveis a solicitação de autorização para aplicação de questionário aos alunos em sala de aula, observando tempo máximo de 10 minutos, promovidos pelos discentes do Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará - UNIFESSPA, intitulado "*Capital Social e Vulnerabilidade à Violência: Um estudo com escolares em Marabá/PA*", e busca analisar a influência das redes sociais de amigos e comunidade dos adolescentes como fatores à violência.

Sem mais para o momento, renovamos votos de respeito e consideração.

Atenciosamente,



MARILZA DE OLIVEIRA LEITE
Secretária Municipal de Educação

Anexo B- Autorização Secretaria de Estado de Educação do Pará (SEDUC-PA)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE E BIOLÓGIAS
 Faculdade de Saúde Coletiva – FASC
 Avenida dos Ipês, s/n- Cidade Jardim – CEP: 68500-000- Marabá-Pará
 Cidade Universitária-UNIFESSPA-Campus III- Telefone: (94) 2101-1058

Ofício nº 37/2019 – FASC/ IESB/ UNIFESSPA

Marabá-PA, 22 de agosto de 2019

A Secretaria de Estado de Educação do Pará – SEDUC

Assunto: **Pedido de Autorização**

Venho, por meio deste, solicitar a autorização **para a aplicação de questionários para os estudantes da rede pública deste município**, para o projeto de pesquisa intitulado “Capital social e vulnerabilidade à violência: um estudo com escolares em Marabá –PA”.

Trata-se do trabalho de conclusão de curso da aluna Raimunda Elaine Araújo Barreto, matrícula 201540501027, telefone (94) 99210-4004, como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Saúde Coletiva na Unifesspa, sob minha orientação. Este projeto está em apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPA.

A coleta de dados será realizada pelos alunos do curso de graduação do curso de Saúde Coletiva da Unifesspa, e será feita por meio da aplicação de um questionário com perguntas fechadas e de múltipla escolha em sala de aula, o tempo máximo para responder é de 10 minutos.

A ideia principal é analisar a influência das redes sociais de amigos e comunidade dos adolescentes como fatores protetores à violência; que nesta faixa etária é um fator muito preocupante. Acreditamos que com essa análise seja possível contribuir com as autoridades competentes na discussão de futuras políticas e ações coletivas de prevenção à violência juvenil bem como criar um indicador útil para o município.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida e esclarecimentos.

Certos de sua colaboração.

Atenciosamente,



[Assinatura]
 Profa. Dra. Ana Cristina Viana Campos
 Universidade Federal do Sul
 e Sudeste do Pará
 SIAPE 2242458

Anexo C- Questionário

Bloco 1. QUESTIONÁRIO (PNS adaptado)

Bom dia / boa tarde, obrigada por aceitar a participar da pesquisa, estamos fazendo um estudo sobre jovens nas escolas da cidade de marabá, para conhecer melhor a situação quanto a possíveis problemas existentes na sua idade, você nos ajudará a aprender mais sobre as experiências de pessoas jovens.

Lembramos que:

- Não existem respostas certas ou erradas, assinale sua resposta com sinceridade.
- Responda sem a interferência dos colegas.

1. Série: _____ 2. Idade: _____

3. Sexo: 1. () Masculino 2. () Feminino 3.() _____

4. Quantas pessoas moram na sua casa? _____

5. Sobre sua casa, ela é?

1. () alugada 2.() emprestada/cedida 3.() própria 4.() outra _____

6. Qual a renda mensal da sua família atualmente? _____

7. Segundo a classificação do IBGE, qual a sua cor de pele?

1. () branca 2. () preta 3.() parda 4.() indígena 5.() outra _____

8. Segundo a classificação do IBGE, qual a sua religião?

1. () Católica 2.() Evangélica 3. () Espírita 4.() Outra _____ 5) Não tenho religião.

9. Como você avaliaria sua qualidade de vida, hoje?

1. () Muito ruim 2.() Ruim 3.() Nem ruim nem boa 4. () Boa 5. () Muito boa

10. Como você avaliaria sua saúde, hoje?

1. () Muito ruim 2. () Ruim 3. () Nem ruim nem boa 4. () Boa 5.() Muito boa

11. Como você avaliaria seus dentes e boca, hoje?

1. () Muito ruim 2.() Ruim 3.() Nem ruim nem boa 4. () Boa 5.() Muito boa

12. Pratica exercícios físicos?

1.() Não 2.() Somente na escola (aula de Educação física) 3.() Academia 4.() Ao ar livre

13. Como avalia a qualidade da sua alimentação diária?

1. () Muito ruim 2. () Ruim 3. () Nem ruim nem boa 4.() Boa 5. () Muito boa

14. Você tem vida sexual ativa?

1. () Sim 2. () Não

15. Se a resposta for SIM, você utiliza métodos contraceptivos?

1. () Não 2. () anticoncepcional 3.() camisinha 4.() outro

16. você fuma cigarros?

1. () Não 2. () às vezes 3. () finais de semana 4. () sempre

17. você bebe bebidas alcoólicas?

1. () Não 2. () às vezes 3. () finais de semana 4. () sempre

18. você já experimentou outra droga fora o cigarro e álcool?

1. () Sim 2. () Não

19. Exerce atualmente alguma atividade remunerada?

1. () Não 2. () Sim

20. Se sim, qual?

1. () comércio 2. () Serviços 3. () Ambulante 4. () Serviços Esporádicos 5. () Adolescente Aprendiz

Bloco 2. Questionário de exposição de insegurança e violência para adolescentes**CEIVA**

0) Nunca

1) Uma vez

2) Duas vezes ou mais

21. Vi alguém apanhar de várias pessoas	
22. Vi quebrar alguma coisa em alguém na rua	
23. Vi baterem em alguém na rua	
24. Vi incomodarem alguém na rua	
25. Vi pessoas discutindo na rua	
26. Vi gangues lutaram perto da minha casa	
27. Vi que alguém não poderia passar na rua da minha casa, porque seria agredido	
28. Vi golpearem alguém com um objeto	
29. Vi pessoas usando drogas na rua	
30. Vi perseguirem alguém para machuca-lo	
31. Vi atacarem alguém com uma faca	
32. Vi atacarem alguém com uma arma de fogo	
33. Vi matarem alguém	
34. Vi que eles tentaram sequestrar alguém	
35. Vi um tiroteio	
36. Vi entrarem para roubar a casa de alguém	
37. Vi que ameaçaram ferir alguém	

38. Vi alguém ser assaltado	
39. Vi pessoas que eu conheço portando armas	
40. Vi alguém ser preso	
41. Vi venderem drogas perto da minha casa	
42. Vi pedirem dinheiro para não machucar alguém	
43. Fui espancado por várias pessoas	
44. Não posso passar por uma rua no meu bairro, porque me agrediram	
45. Participei em uma briga de rua	
46. Fui espancado com algum objeto	
47. Ameaçaram me machucar	
48. Eu tive uma lesão física em uma luta de rua	
49. Fui insultado na rua	
50. Fui perseguido por alguém que queria me machucar	
51. Discuti com alguém que eu não conheço na rua	
52. Entraram em minha casa para roubar	
53. Quebraram algo que era meu na rua	
54. Fui assediado sexualmente	
55. Vi alguém ser assediado sexualmente	
56. Vi uma pessoa ser forçada a usar drogas	
57. Vi tocarem no corpo de outra pessoa sem sua permissão	
58. Tocaram alguma parte do meu corpo sem a minha permissão	
59. Fui forçado a usar drogas	
60. Fui atacado com uma arma de fogo	
61. Fui assaltado	
62. Fui atacado com uma faca	
63. Pediram-me dinheiro para não me machucar	
64. Tentaram me sequestrar	
65. Sinto tanto medo devido à insegurança na minha vizinhança que prefiro não sair da minha casa	
66. Deixei de sair para me divertir devido à insegurança	
67. Tenho pensado que o meu bairro é inseguro	
68. Parei de ir à escola devido à insegurança	

Bloco 3. QUESTIONÁRIO DE CAPITAL SOCIAL PARA ADOLESCENTES ESCOLARES (QCS-AE)

Agora, algumas perguntas sobre seus amigos, sua escola e seus vizinhos:

- **Coesão Social na Escola**

67) Os alunos da minha escola ficam juntos?

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

68) “Eu sinto que pertenço a esta escola, como se ela fosse minha”.

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

69) “Eu me sinto seguro nesta escola”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

70) “Meus pais se dão bem com meus professores”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

- **Rede de Amigos na Escola**

71) “Os alunos da minha escola se divertem bem uns com os outros”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

72) “Eu confio nos meus amigos da escola”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

73) “Eu posso pedir ajuda aos meus amigos a escola”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

- **Coesão Social no Bairro/Vizinhança**

74) “Eu confio nos vizinhos”

- 0 () Concordo
1 () Não tenho opinião, não sei.
2 () Discordo

75) “Eu posso contar com a ajuda dos meus vizinhos”

0 () Concordo

1 () Não tenho opinião, não sei.

2 () Discordo

- **Confiança / Escola e Bairro/Vizinhança**

76) “Os professores da minha escola são solidários e nos dão apoio”

0 () Concordo

1 () Não tenho opinião, não sei.

2 () Discordo

77) “Os meus vizinhos tentariam tirar vantagens de mim”

0 () Concordo

1 () Não tenho opinião, não sei.

2 () Discordo

78) “Os colegas da escola tentariam tirar vantagens de mim”

0 () Concordo

1 () Não tenho opinião, não sei.

2 () Discordo

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) seu (sua) filho (a) está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), do projeto de pesquisa intitulado “Capital social e vulnerabilidade à violência: um estudo com escolares em Marabá –PA”, do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade federal do Sul e Sudeste - UNIFESSPA. A Pesquisa será realizada com adolescentes escolares, com o objetivo de conhecer sobre os mais diferentes aspectos de vida, saúde, capital social (redes e participação comunitária) e percepção sobre violência e insegurança no bairro em que residem.

Não será realizado nenhum procedimento invasivo com seu filho (a), ele (a) responderá perguntas através de um questionário aplicado em sala de aula. O (a) nome do seu (sua) filho (a) não aparecerá em lugar nenhum, como também não será prejudicado caso não queira participar da pesquisa, e não haverá qualquer tipo de custo ou recompensa. Faremos o possível para não constrangê-lo, mas precisamos das respostas dele (a), para que futuras políticas e ações públicas possam proteger mais adequadamente os jovens da violência e suas consequências.

A participação do seu filho (a) nesse estudo é muito importante e voluntária. Tendo o adolescente, o direito de não querer participar ou de sair deste estudo a qualquer momento. Asseguramos que todas as informações prestadas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

Assinatura do Pesquisador

Declaração de Consentimento

Eu li e entendi as informações acima. Declaro que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para que meu (minha) filho (a) participe desta pesquisa. Confirmando também que recebi uma cópia deste termo e **fui informado de que os riscos da pesquisa são relacionados ao possível constrangimento ou desconforto de meu filho (a) com relação às questões formuladas e serão controlados por meio da garantia do sigilo e preservação da identidade dele (a). Além disso, ele (a) tem plena liberdade para recusar-se a participar do estudo ou posso retirar o meu consentimento, sem penalização alguma.**

Assinatura do pai, mãe e/ou responsável

Assinatura do participante

_____/_____/_____
Data

Obrigado pela sua colaboração, e por merecer sua confiança!

Está com mais alguma dúvida? Procure-nos para fazer qualquer pergunta!

Raimunda Elaine Araújo Barreto. Graduando do curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará-UNIFESSPA. Tel.: (94) 992104004. E-mail: elaine_araujo_barreto@hotmail.com

Ana Cristina Viana Campos. Prof.^a Dr.; Diretora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas (UNIFESSPA). (94) 98157-3002. E-mail: campos.acv@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Complexo da Sala de Aula/ICS-Sala 13-Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66.075-110- Belém –Pará. [Tel:3201-8349](tel:3201-8349) E-mail: ceps@ufpa.br.

Anexo E - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CAPITAL SOCIAL E VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA: UM ESTUDO COM ESCOLARES EM MARABÁ - PA.

Pesquisador: ANA CRISTINA VIANA CAMPOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16697419.4.0000.0018

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL E SUDESTE DO PARA - UNIFESSPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.714.966

Apresentação do Projeto:

A Violência juvenil é um problema de saúde pública global, incluindo ações que vão desde bullying, luta física, agressões físicas e sexuais, até homicídio. No Brasil, os adolescentes fazem parte do grupo etário mais vulnerável a violência. O objetivo dessa pesquisa tem como propósito testar a associação entre o capital social e vulnerabilidade à violência entre adolescentes das escolas públicas do município de Marabá-PA. Trata-se de um estudo transversal que será realizado com adolescentes escolares da faixa etária de 10 à 19 anos, utilizaremos um questionário dividido em três blocos, o primeiro para a classificação socioeconômica do participante, o segundo avaliar a experiência dos participantes com a violência e por último medir o capital social, permitindo compreensões, segundo os objetivos propostos. O estudo possibilitará descrever de forma sistemática, as condições e percepções vivenciadas por adolescentes frente a vulnerabilidade à violência, e obter respostas que nos leve a compreender porque os índices de vulnerabilidade a violência são tão altos, tanto no município quanto no Estado do Pará.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Testar a associação entre o capital social e vulnerabilidade à violência entre adolescentes das escolas públicas do município de Marabá.

Objetivo Secundário: • Descrever o perfil sociodemográfico da amostra estudada; • Investigar

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.714.966

vulnerabilidade à violência na amostra estudada; • Mensurar o capital social na amostra estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos para os participantes, poderão ocorrer durante a aplicação e leitura do questionário, quanto a questões sensíveis de capital social, vulnerabilidade e violência, por ser uma pesquisa com um faixa etária de adolescentes o estudo pode apresentar a eles: constrangimento, insegurança, modificação nas emoções, stress, culpa, perda da autoestima, inquietação, sentimento de invasão de privacidade principalmente quando as informações estão relacionadas a uso de drogas, álcool e questões sobre violências. A proteção da confidencialidade será cuidadosa nestes casos, bem como assegurar aos participantes o encaminhamento, acompanhamento, assistência integral e orientação, conforme o caso, enquanto necessário, para atender complicações e danos decorrentes, direta ou indiretamente, da pesquisa. Entretanto esses desconfortos serão minimizados pela apresentação da pesquisa de forma amigável pelos pesquisadores e ressaltando que as informações serão guardadas em sigilo respeitando a integridade dos sujeitos, respeitando sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, dos participantes.

Benefícios: O estudo possibilitará uma descrição quanto a associação entre o capital social e vulnerabilidade à violência entre adolescentes escolares, obtendo ricas informações que auxiliarão as instituições competentes, no desenvolvimento de alternativas de intervenção, para subsidiar a implantação/ implementação de políticas públicas e ou ações direcionadas, no que tange as questões de vulnerabilidade, insegurança e violência para adolescentes, frente aos desafios enfrentados em seu cotidiano familiar, na escola e comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Recomendamos que o adolescente, também dê o seu aceite no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Devendo a pesquisadora atender as recomendações constantes neste parecer.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 3.714.966

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1382214.pdf	02/07/2019 10:44:42		Aceito
Folha de Rosto	Scan_20190625_154353.pdf	02/07/2019 10:44:00	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Orçamento	Scan_20190618_154553.pdf	02/07/2019 10:43:13	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Outros	Scan_20190618_154530.pdf	02/07/2019 10:42:32	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Outros	Scan_20190618_154414.pdf	02/07/2019 10:41:06	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Scan_20190618_154507.pdf	02/07/2019 10:40:29	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Scan_20190625_154326.pdf	02/07/2019 10:40:08	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	02/07/2019 10:39:57	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	02/07/2019 10:39:41	ANA CRISTINA VIANA CAMPOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 20 de Novembro de 2019

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **Município:** BELEM **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Telefone:** (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br