



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Renata Ferreira dos Santos

***Bullying verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de
riscos à saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil***

Rio de Janeiro

2019

Renata Ferreira dos Santos

***Bullying* verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de riscos à
saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Doutorado Interinstitucional (DINTER), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eliseu Verly Junior

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

R696 Santos, Renata Ferreira dos
Bullying verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de riscos à saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil / Renata Ferreira dos Santos – 2019.
76 f.

Orientador: Eliseu Verly Junior

Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social e Universidade do Estado do Amazonas.

1. Bullying – Teses. 2. Saúde do adolescente – Teses. 3. Adolescente – Teses. 4. Estudantes – Teses. 5. Violência - Teses. 6. Comportamento perigoso – Teses. 7. Prevalência – Teses. I. Verly Junior, Eliseu. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Universidade do Estado do Amazonas. IV. Título.

CDU 316.628-053.6

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Renata Ferreira dos Santos

***Bullying* verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de riscos à
saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil**

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Doutorado Interinstitucional (DINTER), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em parceria com a Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: 29 de março de 2019.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Eliseu Verly Junior (Orientador)
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. José Ueleres Braga
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Paulo Nadanovsky
Instituto de Medicina Social - UERJ

Prof. Dr. Leonardo Naves dos Reis
Universidade do Estado do Amazonas

Prof.^a Dra. Iolete Ribeiro da Silva
Universidade Federal do Amazonas

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao meu avô Agripino Avelino dos Santos (*in memoriam*) e à minha família.

AGRADECIMENTOS

Ao final desse percurso de quatro anos, há muito que agradecer.

Agradecer primeiramente a Deus.

Agradecimentos mais que especiais a toda minha família, irmão e sobrinhas, em especial a minha mãe e meu pai, por entenderem as ausências devido à sobrecarga de trabalho e por nunca me deixar desistir.

Aos amigos que me impulsionaram e torceram, por me aguentarem em ambientes não acadêmicos falando da minha tese, que até leram as versões prévias e me ouviram em demasia: Lilian, Fabiana, Fernando, Valéria, Nathália e Emerson. Seremos amigos para sempre!

Aos amigos que estiveram comigo em Manaus e no Rio de Janeiro e puderam compartilhar de todo esse processo de doutoramento, Simone, Regiane, Ronaldo, Marthina, Andréia, Vilma, Kátia, Rosângela, Denise, Slvia e Kristine.

Às colegas de disciplina da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), que sempre me apoiaram e ajudaram em todas as demandas, que não foram poucas, meu muito obrigada. Em especial a minha amiga Elaine Cordovil.

Agradecer aos companheiros de moradia no Rio de Janeiro. Em especial, Daniele, Rosângela, Joyce Helena e Lucas, minha gratidão.

Ao Prof. Dr. Eliseu Verly, pela orientação. Finalmente concluímos essa longa, densa e desafiadora jornada. Sou muito grata por ter compartilhado comigo o seu sólido conhecimento.

Agradeço a Carlos Eduardo, pela ajuda com as análises dos dados, esclarecimentos e disponibilidade. Também a Alessandro e Alice, pelas aulas de bioestatística.

Agradeço aos professores de minha banca de qualificação de doutorado – Dra. Anete Trajman, Dr. José Uelers, Dra. Aline Guardad e Dr. Leonardo Naves –, por compartilharem sua qualidade técnica, profissional e científica na construção desta tese. Com certeza, a versão final atingiu um patamar superior graças às valiosas contribuições e indicações de leitura. Mesmo que elas tenham me custado mais de um mês de correções e o retorno da dor nos punhos! Com certeza, valeu a pena todo o esforço para ter chegado até aqui.

Gostaria de finalizar, afirmando que este trabalho só foi possível porque pude contar com o apoio de muitas pessoas. Algumas estiveram presentes por mais tempo que outras, porém não menos importantes. Nenhum trabalho é feito por um homem só, mas é o resultado do trabalho coletivo e cooperativo de muitos outros homens e mulheres que lhe forneceram todo o suporte para concretizá-lo.

Muito obrigada!

O mundo é um lugar perigoso de se viver, não por causa daqueles que fazem mal, mas sim por causa daqueles que observam e deixam o mal acontecer.

Albert Einstein

RESUMO

SANTOS, Renata Ferreira dos. *Bullying verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de riscos à saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil*. 76 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

O *bullying* escolar é um problema de saúde que pode ter consequências graves na vida dos adolescentes. O objetivo deste estudo é investigar a relação entre as categorias de *bullying* verbal, coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e fatores associados entre os adolescentes da Região Norte do Brasil. Trata-se de um recorte da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE-2015) referente à região Norte, totalizando 23.777 adolescentes matriculados em escolas públicas e particulares. Foram criadas quatro categorias para ocorrência de *bullying*: não sofre/nem pratica *bullying*, vítima, perpetrador e vítima/perpetrador. Modelos de regressão multinomial foram conduzidas para verificar a associação entre variáveis dependentes (categorias de *bullying*) em relação aos seguintes conjuntos de variáveis: saúde mental, imagem corporal e contexto familiar. Foi criada uma variável categórica ordinal representando a coocorrência de fatores de risco (variando de 0 a 4 ou mais fatores de riscos), dada pela somatória de respostas positivas às variáveis: alimentação não saudável regular, drogas regular, tabaco regular, álcool regular nos 30 dias, sexo inseguro e sedentarismo. Para avaliar a associação entre categorias de *bullying* (exposição) e a coocorrência de fatores de risco (desfecho) foi utilizado modelo estereótipo (ME). Todos os modelos foram ajustados por sexo, idade, cor/raça, tipo de escola e escolaridade da mãe; as análises consideraram a ponderação e o desenho complexo da amostra. Resultados: A prevalência de adolescentes vitimados pelo *bullying* verbal foi de 4,3% (IC_{95%} 3,86–4,72); entre aqueles que praticam *bullying*, denominados como perpetradores encontrou-se 15,9% (IC_{95%} 15,02–16,87); e naqueles que eram vítimas e perpetradores do *bullying* revelou-se a prevalência de 2,0% (IC_{95%} 1,70 – 2,23). Foi observada maior prevalência de perpetradores entre os meninos; maior prevalência de vítimas entre os de cor/raça amarelo, e maior prevalência de vítima e vítima/perpetrador entre os adolescentes cujas mães não tinham nenhuma escolaridade ou ensino fundamental incompleto. Apenas a variável “familiares entendem seus problemas” foi associada à menor chance de ocorrência das três categorias de *bullying*. Outras três variáveis: As variáveis “faltar às aulas”, “pais mexem nas coisas dos filhos” e “sentimentos em relação ao corpo” foram diretas e igualmente associadas nas três categorias. As demais variáveis apresentaram medidas de associação distintas entre os tipos de *bullying*. Os perpetradores, comparados com quem não sofre nem pratica *bullying*, apresentaram maior chance de ter três (OR=3,22; 1,35–7,69) e quatro (OR=4,04; 1,69–9,66) comportamentos de risco simultâneos. Não foi observada associação significativa entre coocorrência de comportamentos de risco e as demais categorias de *bullying*. Conclusão: Variáveis relacionadas à vida escolar e familiar, bem como de imagem corporal estão associadas ao relato dos diferentes tipos de *bullying* em adolescentes. Aqueles que perpetram *bullying* podem estar em risco aumentado para doenças em função da prática simultânea de diferentes comportamentos de risco.

Palavras-chave: Adolescente. Violência. Instituições Acadêmicas. Comportamento de risco à saúde. *Bullying*.

ABSTRACT

SANTOS, Renata Ferreira dos. *Verbal Bullying, associated factors and co-occurrence of health risk behaviors in adolescents from the Brazil Northern Region*. 76 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

School *bullying* is a health problem that can have serious consequences on the lives of adolescents. The objective of this study is to investigate the relationship between the categories of verbal *bullying*, co-occurrence of health risk behaviors and associated factors among adolescents in the Northern Region of Brazil. It is a cut from the National Survey of School Health (PeNSE-2015) referring to the North region, totaling 23,777 adolescents enrolled in public and private schools. Four categories have been created for *bullying*: does not suffer / do not practice *bullying*, victims, perpetrators and victims and perpetrators. Multinomial regression models were conducted to verify the association between dependent variables (categories of *bullying*) in relation to the following sets of variables: mental health, body image and family context. An ordinal categorical variable was created, representing the co-occurrence of risk factors (ranging from 0 to 4 or more risk factors), given by the sum of positive responses to the variables: regular unhealthy diet, regular drugs, regular tobacco, regular alcohol in the 30 days, unsafe sex and sedentary lifestyle. The stereotype model (ME) was used to assess the association between categories of *bullying* (exposure) and co-occurrence of risk factors (outcome). The stereotype model (ME) was used. All models were adjusted by sex, age, color / race, type of school and mother's education; the analyzes considered the weighting and the complex design of the sample. Results: The prevalence of adolescents victimized by verbal *bullying* was 4.3% (Ic 95% , 3.86-4.72); among those who practice *bullying*, denominated as perpetrators found 15.9% (IC 95% 15.02-16.87); and in those who were victims and perpetrators of *bullying*, the prevalence of 2.0% (IC 95% 1.70-2.23). Was observed higher prevalence of perpetrators among boys; higher prevalence of victims among those of color / yellow race, and higher prevalence of victim and victim / perpetrator among adolescents whose mothers had no schooling or incomplete elementary education. Only the variable "family members understand their problems" was associated with a lower chance of occurrence of the three categories of *bullying*. Three other variables: The variables "miss classes", "parents fiddle with their children's things" and "feelings about the body" were direct and equally associated in all three categories. The other variables presented association measures different between the categories of *bullying*. The perpetrators, compared to those who do not suffer or practice *bullying* presented greater chance more likely to have three (OR = 3.22, 1.35-7.69) and four (OR = 4.04, 1.69-9.66) risk behaviors. it was not observed significant association between co-occurrence of risk behaviors and other categories the *bullying*. Conclusion: Variables related to school and family life as well as body image are associated with reporting of different categories of *bullying* in adolescents. Those who perpetrate *bullying* may be at increased risk for diseases due to the simultaneous practice of different risk behaviors

Keywords: Adolescent. Violence. Academic Institutions. Health risk behavior. *Bullying*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Aspectos amostrais da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Brasil – 2015	34
Figura 1 – Fluxo do recorte da seleção dos adolescentes da Região Norte por amostragem de conglomerados de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2015	34
Quadro 2 – Descrição das variáveis, segundo as características avaliadas. Dados Secundários. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, Região Norte, Brasil – 2015	35
Quadro 3 – Classificação das categorias de <i>Bullying</i>	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Categorização do <i>Bullying</i> verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte, Brasil –2015.....	40
Tabela 2 –	Caracterização dos aspectos sociodemográficos dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015.....	41
Tabela 3 –	Caracterização da saúde mental dos estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015.....	42
Tabela 4 –	Caracterização da imagem corporal dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015	43
Tabela 5 –	Caracterização do contexto familiar dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil –2015	44
Tabela 6 –	Associação entre o contexto familiar, saúde mental e imagem corporal de acordo com as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015....	45
Tabela 7 –	Caracterização de comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015.....	47
Tabela 8 –	Distribuição percentual da categorização dos comportamentos de riscos dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de <i>Bullying</i> , Região Norte, Brasil – 2015.....	49
Tabela 9 –	Razão de chances e associações das categorias de <i>Bullying</i> e coocorrência de comportamentos de risco dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental, Região Norte, Brasil – 2015.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAPIA	Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEBRID	Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERICA	Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes
EUA	Estados Unidos da América
HBSC	<i>Health Behaviour in School-Aged Children</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
ME	Modelo Estereótipo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UPA	Unidade Primária de Amostragem
USA	Unidade Secundária de Amostragem
UTA	Unidade Terciária de Amostragem
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
vs	<i>versus</i>
YRBSS	<i>The Youth Risk Behavior Surveillance System</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
+/-	Mais ou menos
=	Igual a
n	Tamanho da amostra
nº	Número
p	P-valor
$\geq$	Maior ou igual
$\leq$	Menor ou igual
IC _{95%}	Intervalo de confiança de 95%

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	14
1	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	15
1.1	Adolescência: conceitos e considerações.....	15
1.2	Violência.....	16
1.2.1	<u>Violência no ambiente escolar</u>	17
1.3	Bullying: conceitos, magnitude e variáveis associadas.....	20
1.3.1	<u>Conceitos de Bullying</u>	20
1.3.2	<u>Magnitude do Bullying</u>	23
1.3.3	<u>Variáveis associadas ao Bullying</u>	25
1.4	Bullying e adoção de comportamentos de risco à saúde	27
2	JUSTIFICATIVA	31
3	OBJETIVOS	32
3.1	Objetivo geral	32
3.2	Objetivos específicos	32
4	MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1	Desenho do estudo	33
4.2	Variáveis de estudo	35
4.2.1	<u>Categorias de ocorrência de Bullying</u>	38
4.3	Análises dos dados	38
4.4	Aspectos éticos	39
5	RESULTADOS	40
5.1	Categorias do Bullying verbal entre os adolescentes, participantes do estudo	40
5.2	Caracterização dos adolescentes quanto às variáveis: sociodemográficas; comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades; saúde mental; imagem corporal e contexto familiar de acordo com as categorias de Bullying verbal	41
5.3	Associação entre as diferentes categorias de Bullying verbal e os fatores do contexto familiar, saúde mental e imagem corporal nos adolescentes ..	45

5.4	Avaliação das prevalências de coocorrências de comportamentos de riscos à saúde entre vítima, perpetrador e vítima/perpetrador nos adolescentes da Região Norte do Brasil	48
5.5	Associação de coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e as categorias de <i>Bullying</i> verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil	49
6	DISCUSSÃO	50
	CONCLUSÕES	60
	REFERÊNCIAS	61

INTRODUÇÃO

A criança e o adolescente, ao ingressarem em ambiente escolar, constroem seus primeiros laços afetivos fora do meio familiar (LIRA; ENRICONE, 2011). As relações interpessoais (professor e aluno e entre alunos) são importantes para o processo de aprendizagem e formação de valores (FRESCHI, E.; FRESCHI, M., 2013).

No ambiente escolar, os estudantes modificam suas concepções de mundo por meio da vivência de diferentes situações (FRESCHI, E.; FRESCHI, M., 2013). Por esse motivo, as relações vivenciadas no ambiente escolar podem, ou não, ser amigáveis e cordiais, podendo ocorrer casos de *bullying*. O *bullying* envolve comportamentos violentos repetitivos com a intenção de machucar e/ou perturbar. Resulta de um desequilíbrio de poder entre agressor e vítima, capaz de assumir diferentes formas, tais como: agressão verbal, física, relacional ou cibernética (AZEREDO, 2015; LIU; GRAVES, 2011). O *bullying* ou vitimização pode ocasionar repercussões de curto, médio e longo prazo, bem como adoção de comportamentos de risco à saúde (AZEREDO, 2015; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009).

Este estudo, intitulado “*Bullying* verbal, fatores associados e a coocorrência de comportamentos de riscos à saúde em adolescentes da Região Norte do Brasil”, utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do ano de 2015, realizada após convênio celebrado entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC).

A PeNSE é um inquérito epidemiológico, desenvolvido em triênios, cuja primeira coleta de dados foi realizada no ano de 2009. Investigou adolescentes de 13 a 15 anos, matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Atualmente o inquérito sobre a saúde do escolar conta com três versões, correspondentes aos anos de 2009, 2012 e 2015. Os principais objetivos da PeNSE são:

- (i) compor a Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas do Brasil, (ii) monitorar fatores de risco e proteção à saúde dos escolares brasileiros e (iii) identificar as questões prioritárias para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde de adolescentes (OLIVEIRA *et al.*, 2017, p. 607).

A PeNSE de 2015 disponibiliza dados em dois planos amostrais distintos: a primeira amostra contempla os escolares frequentadores do 9º ano do ensino fundamental, com idades de 13 a 15 anos, sendo este o grupo amostral mais tradicional da PeNSE; e o segundo plano compreende escolares na faixa etária de 13 a 17 anos de idade, matriculados entre o 6º e o 9º ano do ensino fundamental e entre o 1º e o 3º ano do ensino médio, no ano de referência da pesquisa.

1 REFERÊNCIAL TEÓRICO

1.1 Adolescência: conceitos e considerações

No Brasil, com base em dados históricos, observa-se que, até 1950, considerava-se a existência de apenas dois grupos sociais: crianças e adultos. Após esse marco, o termo adolescência passou a ser utilizado e reconhecido para caracterização de um novo grupo social (STERN; GARCÍA, 1999).

A adolescência é definida como o período de transição da infância para a vida adulta, caracterizado por intenso desenvolvimento físico, mental, sexual e social (EISENSTEIN; 2005). Essa transição não apresenta início e término bem delimitados, pois transpassa a ação fisiológica do organismo humano. Trata-se ainda de uma fase de crescimento biopsicossocial e implica em um crescimento biológico, sociocultural e psicológico (CAVALCANTI, 1988; EISENSTEIN, 2005; SENNA; DESSEN, 2012; VITIELLO *et al.*, 1988). Destaca-se o termo “adolescere”, que é de origem latina e significa engrossar, crescer, atingir a maioridade, tornar-se maior (HIAS, 2003).

No que tange à delimitação da faixa etária, alguns autores defendem que a adolescência corresponde à segunda década de vida das pessoas (VELHO; QUINTANA; ROSSI, 2014). Entretanto, o limite cronológico da adolescência apresenta divergências na literatura. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos e para Organização das Nações Unidas (ONU), entre 15 e 24 anos, critérios esses usados para fins políticos e estatísticos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014a). Cabe pontuar que, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) do Brasil, os adolescentes são os indivíduos com idades entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Por outro lado, também há autores que dividem a adolescência em três fases, segundo o desenvolvimento psicossocial¹ do indivíduo: (i) adolescência precoce (de 10 a 13 anos), (ii)

¹ O desenvolvimento psicossocial do adolescente inclui alcance da independência dos pais, construção das relações com os seus pares, e o aumento da importância da imagem corporal e desenvolvimento da autoidentidade como um indivíduo (ADAMO, 1991).

adolescência intermediária (de 14 a 17 anos), e (iii) adolescência tardia (de 17 a 21 anos) (RADZIK; SHERER; NEINSTEIN, 2002; SAWYER *et al.*, 2012).

O processo de adolecer desenvolve-se em meio às relações vivenciadas no ambiente familiar (espaço para acolhimento, contestação, autonomia e utilização de diferentes métodos de resolução de conflitos), bem como na escola, na rua e em outros grupos de pertinência (amigos, vizinhos) (GOMES *et al.*, 2006; MOREIRA, 2008).

É de relevância o papel da socialização do adolescente nesse processo de desenvolvimento da autoidentidade e da autonomia, que pode ser respaldado por diferentes agentes (família, escola, meios de comunicação social, religião, pares e classe social). A família, seguida da escola e dos pares (amigos e/ou grupos de amigos), tem papel de destaque nesse processo (CARTER *et al.*, 2007).

1.2 Violência

A violência não é, de todo, um fenômeno recente (COSTA; VALE, 1998). Devido às diversas formas de violência existentes, é difícil encontrar um conceito de violência universal e transversal (STELKO-PEREIRA; WILLIAMS, 2010). No entanto, podemos definir violência como “[...] uso intencional da força física ou do poder, de modo real ou em ameaça, autoinfligida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar em lesão, óbito, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (ANDRADE *et al.*, 2012, p. 1725).

Existem vários tipos de violência: física, psicológica, sexual e negligência. A violência física diz respeito a atos que têm como objetivo ferir a integridade da pessoa; são exemplos: pontapés, bofetadas, entre outros. A violência psicológica diz respeito às ações que provocam danos psicológico-emocionais, como, por exemplo, ameaças contra o indivíduo ou contra terceiros, ridicularizar alguém, entre outros. A violência sexual refere-se aos atos sexuais contra a vontade do sujeito. Quanto à violência por negligência, remete para a não satisfação de cuidados básicos ou a não evitar situações de perigo de um sujeito, sobretudo para as crianças e os adolescentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A violência é intrínseca ao homem, fazendo, assim, parte de sua natureza. A busca pelo *status*, pelos privilégios idealizados, pelo poder, pelo próprio hedonismo, seja em organizações criminosas, atos grupais ou em ambiente escolar ou de trabalho, poderá ser agente desencadeador de atos violentos (FALEIROS, V.; FALEIROS, E., 2008). Essas

violências ou lesões intencionais, classificadas como causas externas, são consideradas problemas seculares que atingem todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas, e afeta o ser humano em sua totalidade (LEITE *et al.*, 2016).

A violência direcionada a crianças e adolescentes é muito presente em todas as partes do mundo. As formas mais comuns envolvem a violência intrafamiliar, na forma de abandono, maus-tratos e negligência. No Brasil, segundo o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), entre 2006 e 2007, a residência constituiu o local de maior ocorrência (58%) dos casos de violência contra a criança. Quanto ao adolescente, o ambiente familiar é responsável por 50% dos registros e os demais relatam violências comunitárias, muitas delas ocorrendo em ambiente escolar (BRASIL, 2008).

A violência que ocorre na escola, com suas peculiaridades e especificidades, pode servir de estímulo para instituir vítimas e agressores. Essa violência coloca em risco a função da escola no que se refere à prática da educação e o processo de socialização, tornando o ambiente escolar um local possível para o crescimento e para a perpetuação de conflitos (SAMPAIO, 2015).

Nesta tese, adotou-se o *bullying* como um tipo de violência praticada no espaço escolar, a fim de contribuir para revelar a sua realidade entre os adolescentes estudantes da Região Norte do Brasil.

1.2.1 Violência no ambiente escolar

O ambiente escolar e as relações ali implicadas têm uma forte analogia em comparação com a sociedade de maneira geral, sobretudo quanto às relações interpessoais envolvendo os discentes (LIU; GRAVES, 2011). A escola é considerada um ambiente que permite ao aluno discutir e refletir sobre as questões vivenciadas durante a fase da adolescência (BESERRA, 2015). É um local de socialização, promoção da cidadania, integração social, formação de opinião e desenvolvimento social (MARRIEL, *et al.*, 2006).

Como descrito na seção anterior, a adolescência é aquela fase caracterizada por constante crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, social e mental. É nessa fase da vida que esses indivíduos estão mais suscetíveis e expostos a situações de violência, que ocorrem no âmbito familiar e também no ambiente escolar (ASSIS *et al.*, 2009). Segundo ABRAMOVAY (2006, p. 70), “[...] a violência na escola é um fenômeno múltiplo e diverso,

que assume determinados contornos em consequência de práticas inerentes aos estabelecimentos escolares e ao sistema de ensino, bem como às relações sociais nas escolas”.

No Brasil, a atenção e os estudos voltados à violência no ambiente escolar destacam-se a partir da década de 80, em que se apontavam as depredações, furtos e invasões como os grandes problemas da época. Entretanto, somente a partir da década de 90 e início dos anos 2000 é que os estudos focaram nas relações interpessoais, nos distúrbios de comportamento, nos comportamentos de oposição, na perturbação da concentração, no comportamento delinquente, no *déficit* de competências, no desenvolvimento e no *bullying* (IIJIMA; SCHROEDER, 2012). A violência depende principalmente da experiência que a vida oferece para cada pessoa (JARES, 2002).

Essas diversas formas de violência escolar podem afetar todos os que estão inseridos na instituição e gerar medo nos alunos que sofrem agressões. Como consequência, esses não querem mais voltar à escola, prejudicando, muitas vezes, seu rendimento e até gerando a repetência e o abandono da escola por longos períodos (ABRAMOVAY, 2002; ABRAMOVAY; CUNHA; CALAF, 2009; JORGE; CAMPOS, 2009).

Diante de tais proporções, a violência escolar, seja aquela em que o adolescente é vítima, seja aquela que é protagonizada por ele, vem provocando crescente perplexidade, e é objeto de preocupação no meio escolar (PAULA E SILVA; SALLES, 2010). Como esses adolescentes passam a maior parte do seu tempo em ambiente escolar, é comum que, no convívio diário e na prática de atividades rotineiras, nem sempre prazerosas para todas as partes, algumas relações tornem-se ainda mais complicadas (SILVA, 2015).

A violência verbal, no entanto, embora seja uma das mais corriqueiras, ainda é menosprezada pelas autoridades e carece de mais estudos, já que pode direcionar para agressões mais graves. Segundo Abramovay, Cunha e Calaf (2009), ainda que compreendida como menos grave, e decorrente de “comportamentos típicos praticados por adolescentes”, esse tipo de violência tem um impacto sobre o sentimento de violência experimentado pelos alunos, e pode ser umas das portas para se chegar à violência física. Desse modo, quando se fala de múltiplas violências sofridas no espaço escolar, alude-se, principalmente, às brigas entre alunos (ABRAMOVAY, 2002).

Em pesquisa realizada em 41 países da América do Norte e Europa em 2005 e 2006, 14% dos adolescentes entre 11 e 15 anos relataram envolvimento em, pelo menos, três brigas nos 12 últimos meses que antecederam a pesquisa, sendo a proporção maior entre os meninos (ANDRADE *et al.*, 2012).

Outro estudo com 3.943 adolescentes dinamarqueses e 5.762 finlandeses, com idade entre 12 e 16 anos, constatou que 42% e 51% das meninas e 32% e 26% dos meninos haviam sofrido experiências de agressão verbal ou abuso físico nos últimos 12 meses, nos respectivos países. As meninas foram as mais expostas (duas vezes mais na Finlândia) à agressão verbal e à violência física menor ou grave (PELTONEN *et al.*, 2010).

Os dados apontados por Carlini-Cotrim, Gazal-Carvalho e Gouveia (2000) vão ao encontro dos apresentados pela PeNSE de 2009. Segundo o levantamento realizado em escolas da região metropolitana de São Paulo com 803 alunos, foram observados 15,2% e 20,3% de prevalência de um ou mais episódios de violência em ambiente escolar e envolvimento em brigas nos 12 meses anteriores à realização da pesquisa em adolescentes de escolas públicas (maioria negros, baixa nível socioeconômico, cujos pais possuíam baixo grau de escolaridade) e nas escolas privadas (pardos, com médio nível socioeconômico, cujos pais possuíam um grau de escolaridade mais avançado), respectivamente.

O fenômeno tem tomado diversas proporções e perpassa várias camadas e diferenças sociais. Outro estudo relevante na composição desse cenário no Brasil foi elaborado pela Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA), com 5.875 estudantes de 5º a 8º ano do ensino fundamental de 11 escolas localizadas no município do Rio de Janeiro, que registrou 40,6% dos estudantes que admitiram estar diretamente envolvidos em atos de agressão física, sendo 16,9% como vítimas, 12,7% como perpetradores e 10,9% como vítimas/perpetradores (CATINI, 2004; LOPES NETO, 2005).

Essas questões são relevantes para diferentes campos de estudo, e é inaceitável a conduta de naturalizar tal fenômeno. Por isso, a escola não deve compreender a violência em seu âmbito como uma manifestação isolada de violência social. Pelo contrário, consiste em uma problemática que precisa ser abordada e decifrada, a fim de desvelar sua especificidade. Além disso, o conhecimento dos fatores e comportamentos de risco para a perpetração da violência no ambiente escolar possibilita a criação de estratégias em prol de ambientes saudáveis entre alunos, professores e outros agentes (BESERRA, 2015).

Ter um domínio acerca das causas e efeitos é uma maneira eficaz de erradicar a ocorrência do fato. Se for típico dos jovens e do ambiente escolar reproduzir a prática, cabe repensar quais são os empecilhos pedagógicos nos diferentes níveis de ensino que interferem diretamente no ensino-aprendizagem desses adolescentes, os quais, segundo Aquino (1996), representam a maior parte dos que cometem essas manifestações de violência.

É possível estabelecer um vínculo entre a violência no ambiente escolar e os efeitos pedagógicos nas vítimas e nos agressores e em todos ao redor, que convivem rotineiramente

com esses atos, que podem ser graves na medida em que afetam diretamente o processo de ensino-aprendizagem e podem resultar no desenvolvimento de *déficit* de atenção e concentração e até na evasão escolar (FANTE, 2005).

1.3 ***Bullying*: conceitos, magnitude e variáveis associadas**

O *bullying* entre estudantes, fenômeno antigo, é uma forma de violência caracterizada pela repetitividade, pela intencionalidade e pela disparidade. Até o início da década de 1970, não havia sido descrito ou sequer relatado na literatura acadêmica. Como precursores dessas investigações, podemos citar que o médico sueco Peter-Paul Heineman foi o primeiro a descrever as condutas agressivas de *bullying* escolar. Depois vieram os estudos do psicólogo norueguês Dr. Dan Olweus, que publicou sobre *bullying* no artigo intitulado *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys* publicado em 1973 na Suécia e, em 1978, nos Estados Unidos (OLWEUS, 1997).

Entretanto, foi somente a partir da década de 1980 e início de 1990 que a temática atraiu a atenção de pesquisadores de outros países que iniciaram seus estudos acerca do *bullying* em crianças em idade escolar (COVINGTON, 2003; GOMES; SANZOVO, 2013; OLWEUS, 1993).

1.3.1 Conceitos de *Bullying*

O *bullying* é definido como um conjunto de atitudes agressivas entre estudantes, gerado por atos de agressão física, verbal, moral e psicológica, que ocorrem de modo repetitivo, sem motivação evidente (FANTE, 2005). Os atos de *bullying* são sempre praticados por um ou vários estudantes contra outro indivíduo em relação desigual de poder, deixando a vítima com sensação de vulnerabilidade, vergonha ou baixa autoestima e ocorre usualmente dentro do ambiente escolar (TEIXEIRA, 2014).

A nomenclatura advém do termo inglês (*Bully* = valentão, brigão; termo sem tradução adequada em português). O *bullying* compreende comportamentos com diversos níveis de violência entre pares, que vão desde irritações e/ou chateações inoportunas ou hostis até atos

francamente agressivos, em forma verbal ou não, intencional e repetitivos atos de opressão (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003). A tirania, a agressão e a dominação de grupo de adolescentes também são comportamentos que causam dor e angústia, quando nestes são colocados apelidos pejorativos, faz sofrer seus pares, ignoram e rejeitam, ameaçam, agridem, furtam, ofendem, humilham, discriminam, oprimem, falam mal ou fazem chacotas, intimidam ou quebram pertences dos colegas, entre outras ações destrutivas, sem motivação aparente (LOPES NETO, 2005; MALTA *et al.*, 2010a).

Os indivíduos envolvidos no *bullying* podem ser classificados em quatro categorias: vítima (alvos); perpetradores (agressores); expectadores (testemunhas); e vítimas e perpetradores (alvos e agressores) (FANTE, 2005).

O primeiro grupo, composto pelas vítimas (alvos), são alunos que sofrem o *bullying*. Geralmente são pouco sociáveis, introspectivos, fisicamente mais fracos, menores e mais jovens que os agressores, inseguros e com problemas de adequação aos grupos. O segundo grupo corresponde aos perpetradores (agressores). São os estudantes que praticam o *bullying*. Geralmente são poucos empáticos, com uma agressividade e impulsividade mais exacerbada do que a maioria dos outros estudantes e um desejo de dominar, humilhar e subjugar os demais. São fisicamente mais fortes que os colegas de classe. Podem advir de famílias desestruturadas, nas quais há pouco relacionamento afetivo entre os membros, e utilizam, de modo geral, comportamentos agressivo-violentos para resolver conflitos. A terceira categoria consiste nos expectadores (testemunhas). São estudantes que não sofrem nem praticam o *bullying*, porém convivem em um ambiente onde essas condutas são comuns. Para esses alunos, a escola também deixa de ser um ambiente seguro e acolhedor, como deveria ser. Eles passam a enxergá-la como um local hostil, perigoso, violento e inseguro. Por último, há um quarto grupo, caracterizado por vítimas e perpetradores. Correspondem aos estudantes que sofrem e praticam *bullying*. Transferem para os outros colegas as agressões sofridas. Como em toda prática de *bullying*, tais agressões ocorrem em contextos de alguma hierarquia de poder ou força, nas quais os mais fortes agridem os mais fracos (FANTE, 2005; LOPES NETO, 2005).

Tais características são fundamentais para o delineamento dos perfis masculinos e femininos dos agressores. Nos meninos, costumamos identificar atos mais agressivos e hostis, prevalecendo a força física e as ações mais diretas e violentas. Por outro lado, as meninas tendem a ser mais indiretas nas agressões, praticando principalmente atos de exclusão, inventando histórias difamatórias, criando intrigas, espalhando fofocas, por exemplo. Este

comportamento mais disfarçado pode tornar mais difícil de identificar e tratar o *bullying* entre as meninas (CALHAU, 2009).

Incluem-se, entre suas formas de manifestação, as violências: física (bater ou chutar um colega, espancar, roubar objetos, furtar ou destruir pertences da vítima, por exemplo); verbal (uso de apelidos que humilham insultos ou xingamentos, gozações, fazer piadas ofensivas, comentários racistas e/ou que salientem qualquer defeito ou deficiência dos colegas, zoar); psicológica e moral (amedrontar, perseguir, intimidar ou chantagear, entre outros comportamentos); e sexuais (intimidações caracterizadas pelos atos de assediar, insinuar, abusar e violentar). (OLWEUS, 2013; PIGOZI; MACHADO, 2015).

Embora estudado mais no contexto escolar, a prática do *bullying* permeia diversos espaços e atinge diferentes faixas etárias. Esta prática tem sido tipificada de três maneiras, de acordo com a forma de os agressores se dirigirem às vítimas:

- a) direta e física: incluindo agressões físicas, chutes, socos, empurrões, roubo ou estragar objetos, extorsão ou ameaçar fazê-lo, forçar comportamentos sexuais ou ameaçar fazê-lo, obrigar a realização de tarefas servis;
- b) direta e verbal: que engloba insultar, colocar apelidos, “tirar sarro”, fazer comentários racistas ou que digam respeito a qualquer diferença no outro, xingamentos, ameaças e intimidações;
- c) indireta: que se refere a atos velados, escondidos, em que o agressor ataca sua vítima de forma subliminar, situações de exclusão sistemática de uma pessoa do grupo, fazer fofocas, espalhar boatos, ameaçar de exclusão do grupo com o objetivo de obter algum favorecimento, manipulando, dessa forma, a vida social da vítima (PEGUERO, 2008; PINGOELLO; HORIGUELA, 2010; TEIXEIRA, 2014).

Dessa forma, o *bullying* não é sempre evidente. Segundo Pearce e Thompson (1998), boa parte dos atos de violência classificados como tal ocorrem fora da presença de adultos, e as vítimas dificilmente ou quase nunca relatam o ocorrido por medo de represália dos perpetradores. Em determinadas situações, o *bullying*, segundo Costa, Souza e Oliveira (2012), pode ser tão sutil que passa a ser tratado como uma pequena provocação, podendo ser visto como um comportamento aceitável tanto entre adultos como entre crianças, chegando até a ser considerado como um comportamento normal evidencia-se o fenômeno *bullying*.

De fato, as vítimas frequentemente apresentam um sentimento de insegurança que as impede de solicitar ajuda, são passivas e não reagem aos atos agressivos. Muitas passam a ter desempenho escolar diminuído e apresentam, em alguns casos, transtornos mentais, podendo levar a problemas de saúde e a comportamentos de risco à saúde mais graves, como depressão e suicídio (BALDRY; FARRINGTON, 2000).

O interesse pelo estudo do *bullying* no Brasil é recente, requerendo esforços para que possamos compreendê-lo e propor intervenções mais articuladas para a realidade do país. Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos em vários países e mostram diferentes prevalências tanto de vitimização quanto de perpetração (AZEREDO, 2015; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009).

1.3.2 Magnitude do Bullying

O estudo da *Health Behaviour in School-Aged Children* (HBSC) em conjunto com a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizado no ano de 1991 em 43 países da Europa e Estados Unidos da América (EUA), considerou vítimas de *bullying* aqueles que sofreram o fenômeno por duas vezes ou mais. Meninos relataram sofrer mais *bullying* do que meninas e observou-se que a ocorrência diminuía conforme a idade aumentava (PEDHAZUR; SCHMELKIN, 1991)², o que é corroborado no estudo realizado por Fante (2005).

Outro inquérito relevante é *The Youth Risk Behavior Surveillance System* (YRBSS), realizado entre os anos de 2008 e 2010 nos EUA, que incluiu amostra com representatividade nacional, 47 pesquisas estaduais, quatro pesquisas territoriais, duas pesquisas governamentais tribais e 23 pesquisas locais, conduzidas em estudantes entre o 9º e o 12º ano do ensino médio e apontou as prevalências de 19,9% do *bullying* nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Observou-se ainda, que a vitimização foi maior em estudantes brancos (21,6%) que em negros (13,7%) e hispânicos (18,5%); entre os estudantes do 9º (24,5%) que do 10º (21,5%), 11º (18,7%) e 12º (13,5%) ano. Já entre as pesquisas estaduais, a prevalência do

² Observaram-se também grandes variações na prevalência do *Bullying*, entre os estudantes com 11 anos de idade. A prevalência variou de 2% na Armênia e 31% na Bélgica. Aos 15 anos de idade, variou nas cidades da Armênia e Itália 2%, e 25% na Bélgica. Em ambos os estudos, os meninos reportaram sofrer mais *bullying* do que as meninas e observou-se que, conforme aumentava a idade, ocorria a diminuição do fenômeno (PEDHAZUREJ; SCHMELKIN, 1991).

bullying no ambiente escolar foi de 19,4% e nas pesquisas locais de 13% (EATON *et al.*, 2010).

Outra pesquisa, realizada em 2011, nos EUA, com 15.503 estudantes de 158 escolas, em 50 estados e no Distrito de Columbia, corrobora achados anteriores: 20,1% dos estudantes foram vítimas de *bullying* nos 12 meses que antecederam a pesquisa, sendo 22% meninos e 18,2% meninas (KANN *et al.*, 2012). Já em outro levantamento conduzido pela HBSC, realizado no ano de 2005, agora de forma multicêntrica, apontou que 20,8% dos adolescentes sofreram *bullying*. E revelou ainda que, em relação às formas de agressão, 53,6% foram de forma física, 51,4% verbal e 13,6% sofreram *bullying* indireto realizado pela Internet, o *cyberbullying* (WANG; IANNOTTI; NANSEL, 2009).

Entre os estudantes da Europa, apontou-se, em um levantamento realizado nos anos 50, alta prevalência desse tipo de violência escolar, pois aproximadamente um terço dos 50 mil estudantes entrevistados autoafirmaram-se vítimas de *bullying* (KANN *et al.*, 2012). O estudo de Baldry e Farrington (2000), realizado com 237 estudantes entre 11 e 14 anos, em Roma, constatou que os meninos sofrem mais *bullying* (64%) do que as meninas (39,8%, $p < 0,001$).

Estudo de Continente, Giménez e Adell (2010), com 2.727 alunos de 66 escolas do ensino médio de Barcelona, e o estudo de Seals e Young (2003), com 454 alunos de sete escolas públicas do Mississippi, constataram que a maior prevalência de vítimas de *bullying* ocorria entre os meninos. Uma possível explicação pode ser que os meninos sofrem *bullying* de uma forma física mais direta, enquanto que as meninas, de forma verbal e excludente, o que é menos visível e percebido. Estudo parecido com os achados de Farrington (1993), realizado em escolares residentes em Roma, encontrou que 50% dos adolescentes entre 11 e 14 anos relataram ter sofrido alguma forma de *bullying*, sendo, na sua maioria, do sexo masculino.

No Brasil, estudo conduzido com 5.168 alunos do 5º ao 8º ano de colégios públicos e privados, nas cinco regiões do país, caracterizou o *bullying* como agressões com frequência superior a três vezes ou mais naquele ano, e constatou 12,5% de vítimas (FISCHER *et al.*, 2010).

Os resultados da PeNSE de 2009, realizada em parceria com o IBGE e o Ministério da Saúde, incluindo 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal, totalizou um número de 60.973 alunos do 8º ano de 1.453 escolas públicas e privadas. Destes, 5,4% relataram ser vítimas de *bullying* quase sempre ou sempre nos últimos 30 dias, enquanto 25,4% relataram ser raramente ou às vezes vítimas desse tipo de agressão no mesmo período. As capitais que

apresentaram maior percentual de vítimas de *bullying* foram Distrito Federal, Belo Horizonte, Curitiba, Vitória, Porto Alegre, João Pessoa, São Paulo, Teresina, Campo Grande, Goiânia e Rio Branco. Nesse *ranking*, o estado que apresentou menor índice de estudantes que relataram ter sofrido *bullying* foi Tocantins (MALTA *et al.*, 2010a).

Em 2012, a segunda edição da PeNSE mostrou o crescimento de 7,2% dos alunos que relataram ser vítimas quase sempre ou sempre nos últimos 30 dias, e um aumento para 6,8% nas capitais, o que corresponde a um aumento de 25% (MALTA *et al.*, 2014b). Já em 2015, a terceira edição da PeNSE revelou que ser vítima de *bullying* aumentou para 7,4% entre os estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escolas públicas e privadas (MELLO *et al.*, 2017).

1.3.3 Variáveis associadas ao *Bullying*

A prevalência do *bullying* vem aumentando conforme o passar dos anos. Um dos maiores desafios para os pesquisadores é identificar fatores ou variáveis associadas ao fenômeno. De acordo com a PeNSE 2012, os meninos (7,9%), têm maior chance de sofrer *bullying* em relação às meninas (6,5%). O mesmo estudo ainda mostrou que a chance de sofrer *bullying* é maior em alunos de 13 anos e que a idade entre 15 e 16 anos é um fator de proteção, pois quanto maior a idade tanto menor a prática do *bullying*. Portanto, de acordo com os estudos a chance de ser vítima é maior entre os alunos do sexo masculino (AZEREDO *et al.*, 2015a; EATON *et al.*, 2010; FISCHER *et al.*, 2010; HOLANDA V.; HOLANDA E.; SOUZA, 2013; MALTA *et al.*, 2010a 2014; MELLO *et al.*, 2017; OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014; SAMPAIO, 2015; WANG; IANNOTTI; NANSEL, 2009), de raça/cor parda (AZEREDO *et al.*, 2016; CARLINI-COTRIM; COSTA *et al.*, 2015; FLEMING; JACOBSEN, 2010; CARLINI-COTRIM; GAZAL-CARVALHO; GOUVEIA, 2000; MELLO *et al.*, 2017; MORAES; HUTZ, 2012; PEDHAZUR; SCHMELKIN, 1991; SAMPAIO, 2015) e que se autodeclaravam da raça indígena (MALTA *et al.*, 2010a, 2010b).

A dependência administrativa da escola, ou seja, ser pública ou privada, também vem sendo um fator importante nos estudos do *bullying*, devido ao fato de alguns estudos mostrarem um aumento desse fenômeno em escolas privadas (BANDEIRA; HUTZ, 2012; MALTA *et al.*, 2014b ; MELLO *et al.*, 2017; NANSEL *et al.*, 2001).

A baixa escolaridade da mãe também tem sido apontada como um fator de risco para a prática do *bullying*. Diversos estudos descrevem uma associação entre baixos níveis de escolaridade e altos níveis de prática do *bullying* (ANALITIS *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2012; AZEREDO *et al.*, 2016; Centers for Disease Control and Prevention, 2012; FU; LAND; LAMB, 2013; GARNER; HINTON, 2010; MALTA *et al.*, 2011a, 2014a; MELLO *et al.*, 2016; OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014; WANG; IANOTTI; NANSEL, 2009). Entretanto, estudos recentes indicaram uma divergência da literatura no tocante a esse fator. Segundo Mello *et al.* (2017), quanto maior a escolaridade materna, maiores as chances de o filho ser um agressor, uma vez que se espera que as mães com nível alto de escolaridade possuam mais conhecimentos sobre como educar os filhos, atribuir limites apropriados, supervisioná-los e auxiliá-los em suas necessidades ou em dificuldades nas interações com colegas na escola.

Existem ainda fatores de riscos relacionados ao contexto familiar, socioeconômico e cultural das famílias e estes são considerados como determinantes para o envolvimento de escolares com o *bullying*. Oliveira *et al.* (2015) destacam as características familiares com maior chance de vitimização dos estudantes ou maior implicação e papéis diferentes na desenvoltura do fenômeno. Outros autores discutem essa questão na perspectiva de fatores, como: (i) estado civil dos pais (BALL *et al.*, 2008; MALTA *et al.*, 2011a; MELLO *et al.*, 2016, 2017; SAMPAIO, 2015; TTOFI *et al.*, 2011); (ii) falta de envolvimento dos pais, o sentimento dos pais em relação aos filhos e a sua falta de supervisão (COSTA, 2001; CRUZEIRO *et al.*, 2008; LEITE *et al.*, 2016; MALTA *et al.*, 2008; 2011a; 2014c; MELLO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2009; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O *bullying* traz uma gama de consequências, que ocorrem tanto em ambientes individuais, quanto em ambiente familiar e social, que afeta o bem-estar de comunidades inteiras. A família e o ambiente são fundamentais para o desenvolvimento dos adolescentes, tornando-se muito importante o apoio dos pais e o seu acompanhamento nas atividades e rotinas desenvolvidas pelos filhos nas escolas (OLIVEIRA *et al.*, 2015; RIBEIRO, 2005; SPRINTHALL; COLLINS, 1999).

Segundo Matos e Carvalhosa (2001), em um estudo realizado em escolas portuguesas com 6.903 alunos, evidenciou-se que as pessoas mais submetidas à violência encontravam problemas vinculados a comportamentos de risco à saúde.

Os agravos à saúde desses adolescentes podem manifestar-se por piora do estado geral de saúde e da qualidade de vida e incluem, em resposta a essas intimidações e outras possíveis manifestações de *bullying*, uma forma de lidar com a angústia, depressão e outros

sintomas psicossomáticos, desenvolvendo, assim, um padrão alimentar não saudável (SAMPASA-KANYINGA; WILLMORE, 2015), com o consumo de alimentos não saudáveis (salgados fritos, guloseimas, refrigerantes e alimentos ultra processados salgados (BREWERTON, 2011; JACKSON, 2017; MOUSSAVI; GAVINO; RECEVEUR, 2008; VILJA; ROMUALDAS, 2014).

Os fatores concernentes à relação entre *bullying* e autoimagem são diferentes de sociedade para sociedade e varia de acordo com os anos. Esses adolescentes estão expostos a essa pressão e cobrança da sociedade. Segundo Scutti *et al.* (2014), entende-se que há complexidade no tema, pois a adolescência é marcada por uma fase de desejos e independência por diferentes aspectos da vida, inclusive o corpo e a estigmatização pelo *bullying*.

A imagem corporal do adolescente também tem sido apontada como um fator de risco para a vitimização e prática do *bullying*. Alguns estudos descrevem uma associação entre autoimagem (desejo de ser mais magro; gordo e obeso; insatisfação de leve a moderada com a imagem corporal) e prática do fenômeno (COSTA *et al.*, 2015; LEVANDOSKI; CARDOSO, 2013; ZELLER; REITER-PURTILL; RAMEY, 2008). Estudos indicam que a autoimagem e a percepção corporal, bem como a posição social, exercem influência e diferem na ação de agressor e vítima no processo do *bullying* (GRIFFITHS *et al.*, 2006; JANSSEN *et al.*, 2004; LEMESHOW *et al.*, 2008).

Ademais, como será pormenorizado adiante, o impacto do *bullying* na saúde dos adolescentes parece ter implicações no decorrer de sua adolescência até a vida adulta, e estes também podem desenvolver comportamentos de risco em decorrência dessa violência, acarretando danos na saúde física, mental e emocional (AZEREDO, 2015; BESERRA, 2015).

1.4 *Bullying* e adoção de comportamentos de risco à saúde

Durante a infância e a adolescência, os indivíduos procuram assegurar a satisfação das suas necessidades básicas de segurança, afeto, valorização, autoestima e protagonismo social. Todavia, isso não diz respeito a um único processo individual de manifestação do potencial biológico, de estruturação da personalidade e de resposta a oportunidades na vida. Trata-se de um fato muito mediado pelo ambiente físico, político, econômico e sociocultural (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2008).

Apesar de transitarem, de modo geral, em ambientes favoráveis, salubres, que transmitem segurança, apoio e proteção, cerca de 20% dos adolescentes em todo o mundo apresentam e desenvolvem problemas de ordem comportamental e mental. Esses transtornos mentais apresentam-se antes dos 14 anos de idade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

O *bullying* entre adolescentes acarreta graves problemas de saúde nos aspectos físico, mental e psicológico no decorrer do seu crescimento e desenvolvimento. Assim, na fase da adolescência, tornam-se alvos fáceis, notadamente quando adotam comportamentos de risco à sua saúde não condizentes com tal faixa etária e incomuns na idade escolar (COSTA *et al.*, 2015).

Segundo Silva (2010), as repercussões mais comuns para as vítimas, decorrentes do *bullying*, são: sintomas psicossomáticos (cefaleia, cansaço crônico, insônia, dificuldades de concentração, náuseas, entre outros); transtornos comuns e mais graves (pânico, ansiedade social, ansiedade generalizada, obsessão compulsiva e estresse pós-traumático); depressão, distúrbios alimentares (anorexia e bulimia), além de quadros menos frequentes de esquizofrenia, suicídio e homicídio.

Ainda que a expressão comportamento de risco possa ser definida como a participação em atividades que podem comprometer a saúde física e mental do adolescente, muitas dessas condutas iniciam-se em razão do caráter exploratório do jovem, bem como pela influência do meio (grupos de iguais, ambiente escolar, família). Entretanto, caso tais comportamentos não sejam precocemente identificados, podem levar à concretização de atitudes grosseiras e significativas nos níveis individuais, coletivos e familiares (FEIJÓ; OLIVEIRA, 2001).

Assim, o termo risco, quando aplicados às crianças e adolescentes, diz respeito aos acontecimentos ou condições que aumentam a probabilidade de um comportamento indesejável num grupo de pessoas (GOMES; MENDES, 2009; LINLEY; JOSEPH, 2004).

Os critérios que podem levar ao comportamento de risco são a idade do início em que o adolescente começa a externar tais comportamentos, como ingerir mais bebidas alcoólicas, fumar, ser mais violento, ser insatisfeito com a autoimagem e ter compulsão alimentar, e a duração desses durante suas fases de vida, além do estilo de vida do adolescente (LERNER; GALAMBOS, 1998; STEINBERG, 2008).

A análise da tomada de risco na adolescência, sob a ótica da neurociência do desenvolvimento, contribui para um quadro de lenta maturação do sistema de controle cognitivo, que regula os impulsos e torna a adolescência um momento de maior vulnerabilidade para comportamentos de risco (STEINBERG, 2007; STEINBERG *et al.*,

2009). Dessa forma, esses comportamentos entre os adolescentes são atitudes intencionais do indivíduo cujo resultado é incerto e cujas implicações geram riscos à integridade física e psíquica do praticante (MICHAEL; BEN-ZUR, 2007).

Assim, a vulnerabilidade pode ser entendida como produto da interação entre as características cognitivas, afetivas e psíquicas e as estruturas sociais de desigualdade de gênero, classe social e raça, determinando, dessa maneira, acessos e oportunidades, além de produzir sentidos para o sujeito sobre ele mesmo e o mundo (VILLELA; DORETO, 2006). Dessa forma, nesta perspectiva, a vulnerabilidade pode ser entendida como uma exposição a risco e baixa capacidade material, simbólica e comportamental de famílias e pessoas para enfrentar e superar os desafios com que se defrontam (BESERRA, 2015; CARNEIRO; VEIGA, 2004). Contudo, os riscos em relação a esses comportamentos e à saúde estão associados tanto a situações próprias do ciclo de vida das pessoas quanto às condições de vida das famílias, da comunidade e do ambiente em que esses adolescentes socializam-se (BESERRA, 2015).

No caso dos adolescentes, especificamente, podem ser identificados seis tipos de agentes de socialização. Aqui são ressaltados três deles: a família, o primeiro e principal contexto, no qual acontecem as transformações físicas, cognitivas e sociais da adolescência; a escola; e o grupo de colegas. Estes dois últimos agentes também se destacam pela influência no desenvolvimento e nas características desses adolescentes (CARTER *et al.*, 2007). O impacto positivo e negativo da conjunção de fatores ligados à relação dos jovens com o grupo e a ocupação do tempo livre pode-se consubstanciar em contextos, situações e cenários que serão preponderantes para determinar o bem-estar dos adolescentes (RIBEIRO, 2005; SPRINTHALL; COLLINS, 1999).

Segundo Burgess (2006), a existência de um número crescente de crianças e adolescentes com perturbações emocionais e comportamentais aponta uma relação direta com outros distúrbios, tais como sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, delinquência, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces, e comportamentos potencialmente de risco, relacionados nomeadamente com o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (FERREIRA, 2014).

Um dos objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens, de acordo com a Direção-Geral de Saúde (2006) de Portugal, é contribuir para a prevenção ou a moderação do consumo de produtos geradores de vício ou dependência. Já no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 desse país, mantêm-se as mesmas preocupações, especialmente as relacionadas ao

aumento do consumo de tabaco, álcool, drogas, obesidade, insatisfação corporal, que, cada vez mais, estão presentes na realidade dos jovens portugueses (NUNES *et al.*, 2013).

Alguns estudos, como o de Ttofi *et al.* (2011), mostram que há maior risco de adoção de comportamentos de risco por parte das vítimas de *bullying*, tais como consumo de álcool e drogas ilícitas, assim como envolvimento com a criminalidade. O uso de drogas e álcool pode, de alguma forma, estimular o perpetrador do *bullying* a comportamentos cada vez mais violentos e, no caso da vítima, estimular a fugir dos seus problemas e angústias por meio das drogas (ANDRADE *et al.*, 2012; MALTA *et al.*, 2014a, 2014b, 2014c).

Estudos realizados nos Estados Unidos e Canadá com vítimas de *bullying* e seus comportamentos de risco associados ao uso do tabaco, álcool e drogas encontrou maior prevalência quanto ao uso de álcool (CARLYLE; STEINMAN, 2007; MORRIS; ZHANG; BONDY, 2006; THARP-TAYLOR; HAVILAND; D'AMICO *et al.*, 2009). Entre todas as faixas etárias, a mais propícia ao risco e a desenvolver comportamentos de risco é a adolescência, que corresponde à idade, segundo a OMS, de 10 a 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Outro estudo realizado com adolescentes em Lisboa, Portugal, pelo Plano Nacional de Saúde, nos anos de 2012 a 2016, levanta preocupações, em especial, sobre o aumento do consumo de tabaco e a obesidade entre os jovens portugueses que já sofreram *bullying* (NUNES *et al.*, 2013).

Os comportamentos de riscos podem acumular-se. Por exemplo, adolescentes que usam cigarro estão mais propensos a ingerir bebida alcóolica e envolverem-se em *bullying* ou brigas ou desenvolverem comportamentos sedentários (CAMELO *et al.*, 2012).

Diante do exposto, as investigações de comportamentos de risco à saúde do adolescente indicam a coocorrência desses riscos desenvolvidos nessa faixa etária, despertando o interesse de pesquisadores na definição de padrões comportamentais.

Portanto, a compreensão sobre quais fatores e comportamentos de risco compõem determinados padrões pode ser uma etapa inicial, para que intervenções sejam planejadas para diversos comportamentos que tenham um fator subjacente comum, ao invés de atuar somente em comportamentos de forma isolada (BUSCH *et al.*, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

O *bullying* tem consequências de curto, médio e longo prazo para todos os envolvidos, sejam eles vítimas, agressores ou até mesmo espectadores, não apenas na esfera física ou psicológica, mas também na social (AZEREDO *et al.*, 2015b; BESERRA, 2015). Trata-se de uma temática predominantemente preocupante no contexto escolar. Embora seja um fenômeno universal, há diferenças regionais e entre os estados nas prevalências e nos fatores associados a este fenômeno de violência. É também um problema que atinge o mundo todo, encontrado em toda e qualquer escola (ensino fundamental, médio e superior; escola pública ou particular; rural ou urbana).

Embora já existam estudos analisando resultados da pesquisa da OMS no mundo e alguns estudos analisando os resultados da PeNSE no Brasil, o *bullying* ainda é um fenômeno pouco estudado, e a maioria dos estudos descreve-o envolvendo vítimas e perpetradores em ambiente escolar, utilizando análises descritivas, restringindo-se a características individuais. Poucos trabalhos avaliam o impacto do *bullying* influenciando a prática do comportamento de risco à saúde dos adolescentes e suas consequências.

Esse cenário é mais crítico quando se trabalha a ocorrência do fenômeno na Região Norte, pois são poucos os dados encontrados sobre a prática do *bullying* e comportamentos de risco desenvolvidos por esses escolares.

Diante dessas considerações, buscou-se, com este trabalho, aprofundar os conhecimentos sobre este fenômeno e verificar suas possíveis especificidades no contexto cultural brasileiro. Almeja-se também contribuir para melhorar esse cenário, na medida em que a literatura toma essas situações de violência vividas e percebidas por estudantes adolescentes como tema de investigação. Este estudo também se justifica pela escassa produção de trabalhos que relacionam a coocorrência de comportamentos de riscos praticados por adolescentes, vítimas e perpetradores do *bullying*.

Portanto, os resultados podem contribuir para melhor compreensão e conscientização dos profissionais sobre a prevalência desse fenômeno e apoiar as tomadas de decisão visando a sua prevenção dentro do ambiente escolar, além de atender à necessidade de orientar as famílias e a sociedade para o enfrentamento da forma mais frequente de violência juvenil, que ainda não foi bem esclarecida devido aos poucos estudos exploratórios.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a relação entre as categorias de *bullying* verbal, coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e fatores associados entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil, utilizando os dados da PeNSE 2015.

3.2 Objetivos específicos:

- a) estimar a prevalência de vítima, perpetradores e vítimas/perpetradores na prática do *bullying* verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil;
- b) caracterizar os adolescentes quanto às variáveis: sociodemográficas, comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades, saúde mental, imagem corporal e contexto familiar de acordo com as categorias de *bullying* verbal;
- c) avaliar a prevalência de coocorrência de comportamentos de risco à saúde entre vítima, perpetrador e vítima/perpetrador nos adolescentes da Região Norte do Brasil;
- d) identificar a associação entre as diferentes categorias de *bullying* verbal e os fatores do contexto familiar, imagem corporal e saúde mental nos adolescentes;
- e) analisar a associação de coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e as categorias de *bullying* verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, que analisou os dados da PeNSE, realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2015.

O público alvo da pesquisa foram estudantes que frequentam do 9^a ano fundamental (antiga 8^a séries), diurno, de escolas públicas e privadas, que apresentaram mais de 15 alunos matriculados nesse nível, segundo censo escolar de 2013, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) (IBGE, 2016).

As amostras de escolares foram dimensionadas de modo a estimar os parâmetros populacionais em diversos domínios geográficos: das 26 capitais das Unidades de Federação e o Distrito Federal (DF) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

A última edição da PeNSE, em 2015, é composta de duas amostras independentes, de alunos que cursavam o 9^o ano do Ensino Fundamental (amostra 1), e de alunos que frequentavam do 6^o ano do ensino fundamental até a terceira série do Ensino Médio (amostra 2). Somente a amostra 1, do ano de 2015, foi utilizada nesta pesquisa (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

O tamanho da amostra foi calculado dentro de cada estrato geográfico, de modo a permitir estimar uma proporção de 50%, com um erro máximo de 3% de confiança de 95% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). As principais características da amostra estão listadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Aspectos amostrais da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Brasil – 2015

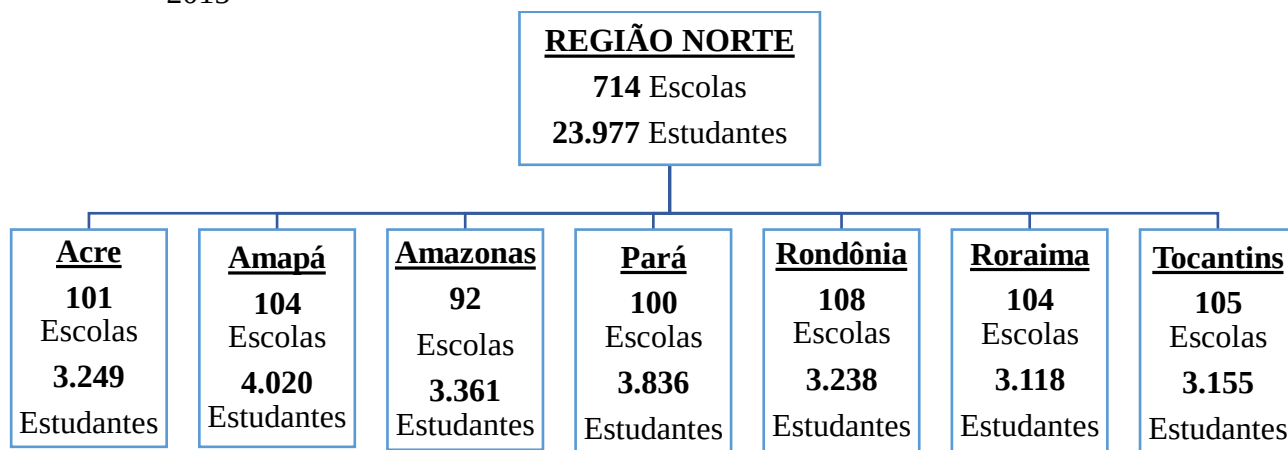
Característica da amostra	Ano da pesquisa 2015 (amostra 1)
População pesquisada	Escolares frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental (turnos matutino e vespertino) e de escolas públicas e privadas, com ao menos 15 escolares matriculados.
Número de estratos geográficos Brasil	53
Formação dos estratos	Capitais de cada Unidade da Federação Agregação dos municípios não capitais em cada Unidade da Federação
Representatividade	Escolares matriculados e que frequentavam regularmente as aulas
Amostra pesquisada-Brasil	3.040 escolas
	4.159 turmas
	102.301 respondentes
Amostra utilizada Região Norte	23.977 respondentes*

Legenda: *Número de alunos frequentando o 9º ano do Ensino Fundamental na Região Norte.

Fonte: adaptado de (Haddad, 2018; Oliveira et al., 2017).

Para cada um dos estratos formados por cada capital, uma amostra de conglomerados foi selecionada em cada um dos três estágios de seleção. No primeiro, foram selecionados os municípios ou grupos de municípios – Unidade Primária de Amostragem (UPA); no segundo estágio, as escolas – Unidade Secundária de Amostragem (USA); e no terceiro, as turmas – Unidade Terciária de Amostragem (UTA) (IBGE, 2015), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxo do recorte da seleção dos estudantes da Região Norte por amostragem de conglomerados de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – 2015



Fonte: A autora, 2019.

Nas pesquisas, foram utilizados questionários estruturados autoaplicáveis, inseridos no *smartphone* (edição 2015), com módulos temáticos que variavam em número de perguntas. Durante os anos de realização da pesquisa, novas perguntas foram acrescentadas nos módulos comuns, tais como: aspectos socioeconômicos, contexto familiar, *bullying* e hábitos alimentares, prática de atividade física, violência, segurança, entre outros aspectos. Outras sofreram modificações ou foram excluídas (IBGE, 2015).

Foram excluídos deste estudo os turnos noturnos e escolares de 13 a 17 anos de idade frequentando as etapas do 6º ao 9º ano do ensino fundamental (antigas 5ª a 8ª séries) de escolas públicas e privadas de outras regiões do Brasil que não foram incluídas nesta amostra (IBGE, 2016).

4.2 Variáveis de estudo

Foram utilizados os seguintes conjuntos de variáveis: categorias de ocorrência de *bullying*, comportamentos de riscos e vulnerabilidade, comportamentos relacionados à vida escolar e familiar do adolescente, saúde mental, além de variáveis sociodemográficas e de imagem corporal.

Quadro 2 – Descrição das variáveis, segundo as características avaliadas. Dados secundários, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Região Norte, Brasil – 2015

(continua)

Características sociodemográficas	
Variáveis	Classes
Sexo	Masculino
	Feminino
Idade (anos)	11
	12
	13
	14
	15 ou mais
Cor/raça	Branca
	Preta
	Parda
	Amarela
	Indígena

Quadro 2 – Descrição das variáveis, segundo as características avaliadas. Dados secundários, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Região Norte, Brasil – 2015

(continuação)

Características sociodemográficas	
Variáveis	Classes
Escola	Pública
	Privada
Escolaridade da mãe	Superior completo
	Ensino Fundamental completo
	Ensino Fundamental completo ou Ensino médio/Superior incompleto
	Nenhum ou Ensino Fundamental incompleto
Saúde mental	
Variáveis	Classes
Sentir-se sozinho	Não (nunca, raramente, às vezes nos últimos 12 meses)
	Sim (na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses)
Insônia	Não (nunca, raramente, às vezes nos últimos 12 meses)
	Sim (na maioria das vezes, sempre não conseguia dormir a noite porque algo o(a) preocupava muito nos últimos 12 meses)
Ter amigos	Não (nenhum)
	Sim: (1 ou mais amigos próximos)
Imagem Corporal	
Variáveis	Classes
Você considera sua imagem corporal	Importante
	Pouco importante
	Sem importância
Sentimentos em relação ao corpo	Satisfeito
	Indiferente
	Insatisfeito
Você considera seu corpo	Normal
	Muito magro(a) e magro(a)
	Gordo(a)
	Muito gordo(a)
Contexto familiar	
Variáveis	Classes
Supervisão familiar do tempo livre	Sim (na maior parte do tempo, sempre pais ou responsáveis sabiam realmente o que o adolescente estava fazendo)
	Não (nunca, raramente, às vezes)
Faltar às aulas sem autorização desses responsáveis	Sim (1 ou 2 vezes; e 3 ou mais vezes nos últimos 30 dias)
	Não (nunca)

Quadro 2 – Descrição das variáveis, segundo as características avaliadas. Dados secundários, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Região Norte, Brasil – 2015

(conclusão)

Variáveis	Classes
Supervisão familiar do dever de casa	Sim (na maior parte do tempo, sempre pais ou responsáveis checam os deveres de casa dos seus filhos)
	Não (nunca, raramente, às vezes)
Familiares entendem seus problemas	Sim (na maior parte do tempo, sempre pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações)
	Não (nunca, raramente, às vezes)
Pais mexem nas coisas dos filhos	Sim (na maior parte do tempo, sempre pais ou responsáveis mexeram em suas coisas sem sua concordância)
	Não (nunca, raramente, às vezes)
Violência Sexual	Sim
	Não
Comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades	
Variáveis	Classes
Alimentação não saudável regular	Sim
	Não
Álcool regular	Sim
	Não
Drogas regular	Sim
	Não
Uso de preservativo	Sim
	Não
Sedentarismo	Sim
	Não
Tabaco regular	Sim
	Não

Fonte: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (2016).

A variável alimentação não saudável regular – categorizada em sim ou não – foi criada com base na somatória da ingestão das seguintes variáveis: “Ingestão de refrigerante, ingestão de ultra processados, ingestão de guloseimas, ingestão de *fast-food* nos últimos 7 dias”.

A variável comportamentos de riscos – categorizada em (nenhum risco, 1 comportamento de risco, 2 comportamentos de riscos, 3 comportamentos de riscos, 4 ou mais comportamentos de riscos) – foi criada mediante o somatório das seguintes variáveis:

“Alimentação não saudável regular, drogas experimentação, tabaco regular, álcool regular nos 30 dias, uso de preservativo e sedentarismo”.

4.2.1 Categorias de ocorrência de *Bullying*

Foram criadas quatro categorias para ocorrência de *bullying*: não sofre/nem pratica *bullying*, vítima, perpetrador e vítima/perpetrador. Neste estudo foi considerado somente *bullying* verbal.

Quadro 3 – Classificação das categorias de *Bullying*

Classificação das Categorias de <i>Bullying</i>	
Não sofre/nem pratica	Aqueles que responderam “NÃO” tanto para vítima quanto para perpetrador, isto é, nem praticam e nem sofrem <i>bullying</i> verbal.
Vítima	Quando respondeu sim para a pergunta: “Nos últimos 30 dias, com que frequência algum dos seus colegas de sua escola te esculacharam, zombaram, mangaram, intimidaram ou caçoaram tanto, que você ficou magoado / incomodado / aborrecido / ofendido / humilhado?”
Perpetrador	Quando respondeu sim para a pergunta: “Nos últimos 30 dias, você esculachou, zoou, mangou, intimidou ou caçoou de algum dos seus colegas na escola, tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?”
Vítima/perpetrador	Aqueles que responderam “SIM” tanto para vítima quanto para perpetrador, isto é, tanto praticam como sofrem <i>bullying</i> verbal.

Fonte: A autora, 2019.

4.3 Análises dos dados

A primeira etapa da análise de dados teve como objetivo calcular a prevalência de acordo com as categorias de *bullying*, segundo as variáveis sociodemográficas, do contexto familiar, imagem corporal, saúde mental e comportamentos de risco. O teste qui-quadrado de Pearson foi realizado para as frequências, considerando nível de significância estatística $\leq 5\%$.

As análises de regressão multinomial foram conduzidas para verificar a associação entre variáveis dependentes (categorias de *bullying*) em relação às variáveis independentes (variáveis de contexto familiar, saúde mental e imagem corporal). A categoria de referência

para o desfecho foi não sofrer nem praticar *bullying* verbal. Em todos os modelos foram incluídas como variáveis de ajustes os aspectos socioeconômicos (sexo, idade, cor/raça, tipo de escola e escolaridade da mãe) cujo nível de significância foi $p \leq 0,05$.

Em seguida, foi descrita a distribuição do número de comportamentos de risco segundo a categoria de *bullying*. Para avaliar a associação entre categorias de *bullying* e a coocorrência de fatores de risco foi utilizado modelo estereótipo (ME) que pode ser considerado uma extensão do modelo multinomial e compara cada categoria da variável-resposta com uma categoria de referência. Assim, a variável resposta foi o número de comportamentos de risco (nenhum, 1 comportamento de risco, 2 comportamentos de risco, 3 comportamentos de risco e 4 comportamentos de riscos ou mais), e as categorias de referência: nenhum comportamento de risco e não sofre/pratica *bullying*. Para definir quais variáveis entrariam no modelo estereótipo, realizou-se análise bivariada com todas as variáveis sociodemográficas, do contexto familiar, imagem corporal, associada à coocorrência de fatores de risco. As variáveis que apresentaram percentual elevado de dados faltantes ou, ainda, que obtiveram $p \geq 0,10$ não entraram no modelo. O nível de significância estatística estabelecido foi de valor $p \leq 0,05$.

Utilizou-se *software* estatístico Stata 14 (STATA CORPORATION, 2014) para Windows, com base no módulo *svyset*. Em todas as análises foram considerados os pesos amostrais e o desenho complexo da amostra.

4.4 Aspectos éticos

Considerou-se, nesta tese, o uso de banco de dados secundários disponibilizados pelo IBGE e não houve necessidade de aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa local. Em todas as edições da PeNSE, os respectivos projetos foram submetidos e aprovados pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde (MS), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 38990714.6.0000.0008, Parecer nº 1.006.467, de 30 de março de 2015.

Os dados estão disponibilizados de maneira não identificada, de forma a garantir a privacidade dos participantes. Para a coleta dos dados primários foi apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos estudantes, que deveriam concordar em participar da pesquisa e depois proceder ao preenchimento do questionário. O TCLE informava aos adolescentes sobre seu direito de recusa à participação ou resposta a qualquer questão da pesquisa, assim como à desistência em qualquer momento (Oliveira et al., 2017).

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados nesta seção foram divididos em três partes, conforme os objetivos do estudo. Inicialmente foram colocados os dados descritivos em tabelas, com base na distribuição das frequências absolutas e relativas e os respectivos p-valor.

A primeira parte apresenta os dados referentes à prevalência de vítima (4,3%), perpetradores (15,9%) e vítimas/perpetradores (2,0%) na prática do *bullying* verbal entre os adolescentes do 9º ano do ensino fundamental da Região Norte do Brasil e os fatores socioeconômicos. A segunda apresenta a relação do *bullying* verbal e variáveis do contexto familiar, comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades, saúde mental e imagem corporal. Por fim, na terceira e última parte, serão apresentados os resultados da avaliação das prevalências e as associações de coocorrências de comportamentos de riscos à saúde e as categorias de *bullying* verbal.

5.1 Categorias do Bullying verbal entre os adolescentes, participantes do estudo

Os dados da Tabela 1 mostram que a prevalência entre os adolescentes do 9ª ano do Ensino Fundamental, vitimados pelo *bullying* verbal, foi de 4,3% (IC_{95%} 3,86–4,72); entre aqueles que praticam *bullying*, denominados como perpetradores encontrou-se 15,9% (IC_{95%} 15,02–16,87); e naqueles que eram vítimas e perpetradores do *bullying* revelou-se a prevalência de 2,0% (IC_{95%} 1,70 – 2,23).

Tabela 1 – Categorização do *Bullying* verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental. Região Norte, Brasil – 2015

Categorias do <i>Bullying</i>	n	%	Intervalo de Confiança 95%
Não sofre/ nem pratica	18.187	77,8	76,7 - 78,90
Vítima	1.085	4,3	3,86 – 4,72
Perpetrador	3.968	15,9	15,02 – 16,87
Vítima/Perpetrador	537	2,0	1,70 – 2,23

Fonte: A autora, 2019

5.2 Caracterização dos adolescentes quanto às variáveis: sociodemográficas; comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades; saúde mental; imagem corporal e contexto familiar de acordo com as categorias de *Bullying* verbal

Observou-se, em relação ao sexo, que metade (51,4%) dos adolescentes eram do sexo feminino, com idades na faixa etária de 11 a 14 anos (64,7%). A maioria (89,2%) dos adolescentes participantes desta investigação estava regularmente matriculada em escolas públicas, autodeclaravam-se pertencentes à cor/raça parda (56,4%) e tinham mães com o grau de escolaridade de ensino fundamental completo e ensino médio/superior incompleto (47,1%).

Todas as variáveis sociodemográficas avaliadas apresentaram associação significativa com as categorias de *bullying*. Destacaram-se: maior prevalência de perpetradores entre os meninos (19,2% comparado com 12,9% entre as meninas); maior prevalência de vítimas entre os de cor/raça amarelos (7,4% comparados os pardos, brancos e indígenas, com aproximadamente 4% cada); e a maior prevalência de vítima (5,0%) e vítima/perpetrador (2,4%) foi observada entre os adolescentes cujas mães não tinham nenhuma escolaridade ou ensino fundamental incompleto (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos sociodemográficos dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil – 2015

(continua)

Variáveis	Categorias de <i>Bullying</i>								p-valor*
	Não sofre/nem pratica (n=18.187)		Vítima (n=1.085)		Perpetrador (n=3.968)		Vítima/ Perpetrador (n=537)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									< 0,001
Masculino	8.439	74,4	504	4,1	2.321	19,2	345	2,3	
Feminino	9.748	81,1	581	4,4	1.647	12,9	192	1,6	
Idade									0,042
≤ 14 anos	11.828	78,1	750	4,7	2.515	15,4	334	1,8	
15 e +	6.359	77,5	335	3,7	1.453	16,7	203	2,1	
Tipo de escola									0,014
Pública	16.257	78,2	972	4,3	3.504	15,6	463	1,9	
Privada	1.930	74,2	113	3,9	464	18,9	74	3,0	

Tabela 2 – Caracterização dos aspectos sociodemográficos dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de Bullying. Região Norte, Brasil – 2015 (conclusão)

Variáveis	Categorias de Bullying								p-valor*
	Não sofre/nem pratica (n=18.187)		Vítima (n=1.085)		Perpetrador (n=3.968)		Vítima/ Perpetrador (n=537)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cor/raça^s									0,040
Branca	4.457	77,6	240	4,2	902	16,1	126	2,1	
Preta	2.077	75,5	133	5,4	478	17,2	85	1,8	
Amarela	688	74,8	54	7,4	189	15,9	21	1,8	
Parda	10.264	78,7	616	3,9	2.253	15,6	272	1,9	
Indígena	686	75,4	42	4,5	145	17,3	30	2,7	
Escolaridade da Mãe									
Nenhum ou EF incompleto	4.226	76,3	270	5,0	838	16,4	112	2,4	0,009
EF completo ou EM/Superior incompleto	6.385	80,1	369	3,8	1.468	14,5	177	1,6	
Superior completo	2.977	77,0	195	4,3	683	16,9	101	1,8	

Legenda: * Teste Qui-Quadrado Pearson. [§] Informação autodeclarada; EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio. Fonte: A autora, 2019.

Em relação às variáveis que caracterizaram os aspectos da saúde mental dos adolescentes, destaca-se a maior prevalência de vítimas entre os que relataram sentirem-se sozinhos (10,6% vs. 3,0%); e entre os que relataram sofrer insônia (10,4% vs. 3,5%). A prevalência de perpetradores nessas categorias também foi maior, especialmente entre os que relataram sofrer insônia (20,4% vs. 15,3%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da saúde mental dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de Bullying. Região Norte, Brasil – 2015

Variáveis	Categorias de Bullying								p-valor*
	Não sofre/nem pratica		Vítima		Perpetrador		Vítima/ Perpetrador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sentir-se sozinho									<0,001
Sim	2.687	68,1	437	10,6	775	17,9	159	3,4	
Não	15.483	79,8	646	3,0	3.190	15,6	377	1,7	
Insônia									<0,001
Sim	1.777	65,3	275	10,4	551	20,4	128	3,8	
Não	16.387	79,4	810	3,5	3.409	15,3	407	1,7	
Amigos									0,031
Nenhum	745	74,0	89	6,7	161	16,7	32	2,6	
1 ou mais	17.41	78,0	996	4,2	3.802	15,9	504	1,9	

Legenda: * Teste Qui-Quadrado Pearson. Fonte: A autora, 2019.

Quanto às percepções dos adolescentes em relação à sua imagem corporal, destaca-se que mais da metade (58,4%) consideravam seu corpo normal, a maioria (84,0%) destacou que sua imagem corporal era importante e 74,9% sentiam-se satisfeitos em relação ao seu corpo. As maiores prevalências de vítimas foram observadas entre os que consideravam seu corpo muito gordo (16,4%), entre os que consideravam sua imagem corporal sem importância (8,8%) e entre os que relataram ser indiferentes ou insatisfeitos em relação ao seu corpo (8,1%). A prevalência de perpetradores foi mais estável entre todas as categorias estudadas. Em relação aos que relataram sofrer e praticar *bullying*, as maiores prevalências foram entre os que consideravam seu corpo muito gordo (6,8%) e entre os que consideravam sua imagem corporal sem importância (3,4%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da imagem corporal dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil – 2015

Variáveis	Categorias de <i>Bullying</i>								p-valor*
	Não sofre/nem pratica		Vítima		Perpetrador		Vítima/ Perpetrador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Você considera seu corpo									<0,001
Muito magro e magro	4.535	75,3	311	4,7	1.066	17,6	166	2,4	
Normal	10.869	80,5	479	3,2	2.198	14,8	236	1,5	
Gordo	2.393	73,1	215	6,7	599	17,6	100	2,6	
Muito gordo	250	61,7	74	16,4	76	15,1	25	6,8	
Você considera sua imagem corporal									<0,001
Importante	15.324	78,9	822	3,8	3.278	15,6	400	1,8	
Pouco importante	1.977	73,1	147	6,5	463	17,8	82	2,7	
Sem importância	739	69,4	113	8,8	200	18,4	46	3,4	
Sentimento em relação ao seu corpo									<0,001
Satisfeito	13.891	80,3	601	3,1	2.837	15,1	324	1,6	
Indiferente	1.618	68,8	166	8,2	432	20,0	77	3,0	
Insatisfeito	2.516	71,0	313	8,1	669	17,8	127	3,1	

Legenda: * *Teste Qui-Quadrado Pearson*.

Fonte: A autora, 2019.

Observou-se que 21,4% dos adolescentes faltavam entre um ou mais dias de aula sem comunicar aos pais, pouco mais da metade (60,7%) tinham supervisão familiar durante o tempo livre do estudante. Todavia, quando se trata de supervisão familiar do dever de casa do adolescente, esse percentual diminuiu para 32,9%. Os adolescentes que referiram possuir

familiares que entendiam seus problemas foram 41,1%. Já os adolescentes que revelaram que seus pais mexiam em suas coisas sem sua concordância foi de 11,8%.

Para este conjunto de variáveis, destacaram-se as maiores prevalências de vítimas de *bullying* entre os que relataram que os pais mexiam em suas coisas (10,6% vs. 3,0%) e que sofreram violência sexual (7,4% vs. 4,1%). Nesta última variável, as prevalências de perpetradores, e vítimas e perpetradores foram também mais elevadas (24,6% vs. 15,4 e 6,9% vs. 1,7%, respectivamente). Prevalências mais elevadas para estas duas categorias de *bullying* também foram observadas entre os que relataram faltar às aulas três vezes ou mais por semana comparados com os que nunca faltavam (26% vs. 14,3%: perpetradores; 5,2% vs. 1,6%: vítimas/perpetradores).

Tabela 5 – Caracterização do contexto familiar dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil – 2015

Fundamental segundo as categorias de Bullying: Regras Norte, Brasil 2018									
Variáveis	Categorias de Bullying								p-valor*
	Não sofre/nem pratica		Vítima		Perpetrador		Vítima/ Perpetrador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Faltar às aulas									<0,001
3 ou mais vezes	971	62,5	74	6,3	402	26,0	81	5,2	
1 ou 2 vezes	2.527	72,7	165	4,2	744	20,5	112	2,6	
Nunca	14.676	80,0	846	4,1	2.820	14,3	343	1,6	
Supervisão familiar do tempo livre									<0,001
Sim	11.591	81,6	655	4,3	1.924	12,5	249	1,7	
Não	6.550	72,1	427	4,3	2.038	21,3	286	2,3	
Supervisão familiar do dever de casa									<0,001
Sim	6.298	81,2	389	4,9	976	12,3	137	1,7	
Não	11.856	76,2	696	4,0	2.981	17,8	395	2,1	
Familiares entendem seus problemas									<0,001
Sim	7.910	81,8	380	3,7	1.299	13,0	163	1,6	
Não	10.236	75,1	702	4,7	2.659	18,0	373	2,2	
Pais mexem nas coisas dos filhos(as)									<0,001
Sim	1.863	69,9	225	10,6	586	17,9	123	3,4	
Não	16.286	79,8	859	3,0	3.374	15,6	413	1,7	
Violência sexual									<0,001
Sim	723	61,1	104	7,4	343	24,6	93	6,9	
Não	17.379	78,8	978	4,1	3.605	15,4	438	1,7	

Legenda: * Teste Qui-Quadrado Pearson.

Fonte: A autora, 2019.

5.3 Associação entre as diferentes categorias de *Bullying* verbal e os fatores do contexto familiar, saúde mental e imagem corporal nos adolescentes

A Tabela 6 mostra as associações entre os tipos de *bullying* (variável dependente) e cada uma das variáveis dos blocos descritos acima, ajustadas pelas variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária, tipo de escola, cor/raça, escolaridade da mãe). As medidas de associação são expressas em *Odds Ratio* (OR), obtidos por modelos de regressão multinomial múltipla (não ordinal), cuja categoria de referência para as categorias do *bullying* é não sofrer nem praticar *bullying*; a categoria de referência para as variáveis independentes está sinalizada com OR=1,00.

Tabela 6 – Associação entre o contexto familiar, saúde mental e imagem corporal de acordo com as categorias de bullying. Região Norte, Brasil – 2015

(continua)

Variáveis	Categorias de <i>Bullying</i>					
	Vítima		Perpetrador		Vítima/Perpetrador	
	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}
Faltar às aulas						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,42	(1,13 - 1,78)	1,42	(1,30 - 1,81)	2,08	(1,62 - 2,67)
Supervisão familiar do dever de casa						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,24	(1,00 - 1,53)	0,62	(0,53 - 0,72)	0,78	(0,54 - 1,14)
Familiares entendem seus problemas						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	0,67	(0,53 - 0,83)	0,60	(0,51 - 0,70)	0,62	(0,44 - 0,87)
Supervisão familiar do tempo livre						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	0,82	(0,66 - 1,03)	0,52	(0,46 - 0,60)	0,72	(0,52 - 1,00)
Pais mexem nas coisas dos filhos(as)						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	2,22	(1,62 - 3,05)	1,39	(1,16 - 1,66)	2,39	(1,72 - 3,31)
Sentir-se sozinho						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	4,37	(3,30 - 5,80)	1,44	(1,17 - 1,77)	2,72	(1,92 - 3,85)
Insônia						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	4,03	(3,00 - 5,45)	1,70	(1,43 - 2,03)	2,81	(1,96 - 4,03)
Amigos						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	0,63	(0,42 - 0,94)	0,89	(0,66 - 1,19)	0,75	(0,36 - 1,53)
Violência sexual						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	2,22	(1,43 - 3,42)	2,34	(1,79 - 3,06)	6,18	(3,66 - 10,44)

Tabela 6 – Associação entre o contexto familiar, saúde mental e imagem corporal de acordo com as categorias de bullying. Região Norte, Brasil – 2015

(conclusão)

Variáveis	Categorias de <i>Bullying</i>					
	Vítima		Perpetrador		Vítima/Perpetrador	
	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}
Você considera seu corpo						
Normal	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Muito magro e magro	1,55	(1,20 - 2,02)	1,21	(1,01 - 1,46)	1,94	(1,27 - 2,95)
Gordo	2,17	(1,60 - 2,97)	1,29	(1,04 - 1,61)	2,03	(1,37 - 3,02)
Muito gordo	6,08	(3,79 - 9,77)	1,21	(0,79 - 1,87)	6,26	(3,05 - 12,85)
Você considera sua imagem corporal						
Importante	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Pouco importante	1,79	(1,31 - 2,45)	1,17	(0,96 - 1,43)	1,36	(0,88 - 2,11)
Sem importância	2,87	(2,00 - 4,11)	1,08	(0,81 - 1,44)	2,58	(1,49 - 4,49)
Sentimentos em relação ao corpo						
Satisfeito	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Indiferente	3,29	(2,46 - 4,40)	1,66	(1,34 - 2,05)	1,63	(1,09 - 2,46)
Insatisfeito	2,83	(2,22 - 3,60)	1,55	(1,32 - 1,81)	2,28	(1,56 - 3,32)

Legenda: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confiança.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Ajustado pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, tipo de escola e escolaridade da mãe).

Fonte: A autora, 2019.

Das 12 variáveis incluídas no modelo, apenas uma (familiares entendem seus problemas) apresentou fator protetor para as três categorias de *bullying* verbal. Outras três variáveis foram direta e igualmente associadas nas três categorias: faltar às aulas; pais mexem nas coisas dos filhos; sentimentos em relação ao corpo. As demais variáveis apresentaram comportamento distinto entre as categorias de *bullying*, conforme descrito a seguir.

Supervisão familiar do dever de casa foi diretamente associado com vitimização (OR:1,24; 1,00–1,78), e inversamente associado com perpetração (OR:0,62; 0,53–0,72). Supervisão familiar do tempo livre foi diretamente associado somente com perpetração (OR:0,52; 0,46–0,60); e ter amigos, foi inversamente associado somente com vitimização (OR:0,82; 0,66–1,03); para ambas as variáveis, não houve associação com as outras categorias de *bullying*.

Considerar a imagem corporal como “sem importância” foi diretamente associada com vitimização (OR:2,87; 2,00–4,11) e ambos os tipos (OR:2,58; 1,49–4,49), mas não com perpetração. Outras variáveis apresentaram diferentes tamanhos de associação de acordo com as categorias de *bullying*. Sentir-se sozinho apresentou maior força de associação com vitimização (OR:4,37; 3,30–5,80) e ambos os tipos (OR:2,72; 1,92–3,85) comparado com

perpetração (OR:1,44; 1,17–1,77). Ter insônia foi mais fortemente associado com vitimização (OR:4,03; 3,00–5,45) comparado com perpetração (OR:1,70; 1,43–2,03) e vítima/perpetração (OR:2,81; 1,96–4,03). Ter sofrido violência sexual foi mais fortemente associado com vítima/perpetração (OR:6,18; 3,66–10,44) comparado com vitimização (OR:2,22; 1,43–3,42) e perpetração (OR:2,34; 1,79–3,06). Em relação à variável “como você considera seu corpo”, as categorias “muito magro e magro” e “gordo” foram igualmente associadas as três categorias de *bullying*. Já a categoria “muito gordo” não foi associada com perpetração, e foi mais fortemente associada com vitimização (OR:6,08; 3,79–9,77) e vítima/perpetração (OR:6,26; 3,05–12,85) quando comparadas às demais categorias descritas a seguir.

Os dados da Tabela 7 mostram que pouco mais da metade dos adolescentes (67,0%) afirmaram positivamente que sua alimentação regular não era saudável, 18,9% faziam ingestão de bebida alcoólica, 6,6% usavam tabaco regularmente e 3,5% consumiam drogas. A maioria dos adolescentes (88,9%) não utilizava métodos contraceptivos de barreira como preservativo e 73,9% eram sedentários. Houve associação entre todas as variáveis de comportamento de risco com as categorias de *bullying*, com destaque para: maior frequência de perpetradores entre os etilistas (24,4% vs. 13,9% nos não etilistas); entre os tabagistas (32,2% vs. 14,9%), usuários de drogas (38,0% vs. 15,2%) e entre os que não usavam preservativos regularmente (27,2% vs. 14,5%). As prevalências de vítimas/perpetrador também foram maiores, com destaque para uso de drogas (6,5% vs. 1,8%) e uso de álcool (4,1% vs. 1,8%).

Tabela 7 – Caracterização de comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental, segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil – 2015

(continua)

Variáveis	Categorias de <i>Bullying</i>								p-valor*
	Não sofre/nem pratica		Vítima		Perpetrador		Vítima/Perpetrador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Alimentação não saudável regular									<0,001
Sim	11.743	74,9	730	4,5	3.039	18,4	399	2,2	
Não	6.417	83,2	355	3,9	922	11,4	138	1,5	
Álcool Regular									<0,001
Sim	2.922	67,6	207	4,8	1.202	24,4	168	3,2	
Não	15.256	80,3	876	4,1	2.764	13,9	368	1,6	
Tabaco Regular									<0,001
Sim	896	58,7	72	5,0	536	32,2	72	4,1	
Não	17.281	79,1	1.011	4,2	3.428	14,9	465	1,8	

Tabela 7 – Caracterização de comportamentos de riscos à saúde e vulnerabilidades dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental, segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil – 2015

(conclusão)

Variáveis	Categorias de Bullyin								p-valor*
	Não sofre/nem pratica		Vítima		Perpetrador		Vítima/ Perpetrador		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Drogas Regular									<0,001
Sim	414	48,9	47	6,6	331	38,0	49	6,5	
Não	17.769	78,8	1.037	4,2	3.633	15,2	487	1,8	
Sedentarismo									<0,001
Sim	13.134	76,1	762	4,1	3.181	17,7	416	2,1	
Não	4.949	82,2	313	4,7	768	11,6	116	1,6	
Uso de Preservativo									<0,001
Sim	16.473	79,4	960	3,9	3.232	14,5	438	1,8	
Não	1.680	65,8	124	4,3	727	27,2	96	3,2	

Legenda: * Teste Qui-Quadrado Pearson.

Fonte: A autora, 2019.

5.4 Avaliação das prevalências de coocorrências de comportamentos de riscos à saúde entre vítima, perpetrador e vítima/perpetrador nos adolescentes da Região Norte do Brasil

A Tabela 8 mostra a distribuição da frequência absoluta e relativa da coocorrência de comportamentos de risco, segundo as categorias de *bullying*. Todas as categorias de *bullying* assumiram pelo menos um comportamento de risco. Pouco menos da metade (47%) dos adolescentes acumularam quatro comportamentos de risco. Houve associação entre todos os desfechos de comportamento de risco com as categorias de *bullying*, com destaque para maior frequência entre as vítimas com acúmulo de três comportamentos de risco (6,1%). Em relação aos perpetradores e às vítimas/perpetradores também foram maiores para o acúmulo de quatro comportamentos de risco (37,5% e 6,7%, respectivamente).

Tabela 8 – Distribuição percentual da categorização dos comportamentos de riscos dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental segundo as categorias de *Bullying*. Região Norte, Brasil –2015

Categorias de <i>Bullying</i>	Comportamentos de Risco						p-valor*
	Total	Nenhum	1	2	3	4 ou mais	
	n	%	%	%	%	%	
Não sofre/nem pratica	18.187	76,3	81,3	78,5	64,6	53,0	<0,001
Vítima	1.085	3,7	4,3	4,1	6,1	2,8	
Perpetrador	3.968	17,2	13,3	15,5	25,6	37,5	
Vítima/perpetrador	537	2,8	1,1	1,9	3,7	6,7	

Legenda: * Teste Qui-Quadrado Pearson.

Fonte: A autora, 2019.

5.5 Associação de coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e as categorias de *Bullying* verbal entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil

A Tabela 9 apresenta as associações entre as categorias de *bullying* e coocorrência de comportamentos de risco ajustados por variáveis sociodemográficas. Os perpetradores, comparados com quem não sofre nem pratica *bullying*, apresentaram maior chance de ter três (OR=3,22; 1,35–7,69) e quatro (OR=4,04; 1,69–9,66) comportamentos de risco simultâneos. Não foi observada associação significativa entre coocorrência de comportamentos de risco e as demais categorias de *bullying*.

Tabela 9 – Razão de chances* e associações das categorias de *Bullying* e coocorrência de comportamentos de risco dos adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental. Região Norte, Brasil – 2015

Categorias de <i>Bullying</i>	Comparações dos Comportamentos de Riscos							
	1 Risco versus nenhum		2 Riscos versus nenhum		3 Riscos versus nenhum		4 ou mais versus nenhum	
	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}	OR	IC _{95%}
Não sofre/nem pratica	1,00	-	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Vítima	1,02	0,39 - 2,64	1,20	0,46 - 3,12	1,35	0,52 - 3,49	1,43	0,55 - 3,70
Perpetrador	1,07	0,45 - 2,55	2,06	0,86 - 4,92	3,22	1,35 - 7,69	4,04	1,69 - 9,66
Vítima/perpetrador	1,08	0,17 - 7,10	2,37	0,36 - 15,52	4,03	0,61 - 26,4	5,28	0,80 - 34,61

Legenda: OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de confiança.

Notas: *Ajustado pelas variáveis sociodemográficas (sexo, idade, cor/raça, escolaridade da mãe e tipo de escola).

Fonte: A autora, 2019.

6 DISCUSSÃO

Nesta tese foram avaliados fatores associados ao tipo de ocorrência de *bullying* (vítima, perpetrador e vítima/perpetrador) entre adolescentes matriculados em escolas públicas e privados da Região Norte do Brasil. De forma geral, todas as variáveis de contexto escolar e familiar, saúde mental e imagem corporal foram associadas com alguma categoria de *bullying*. Adicionalmente foi avaliada a associação entre as categorias de *bullying* e a coocorrência de comportamentos de risco à saúde. Adolescentes perpetradores acumulam mais comportamentos de risco comparados às demais categorias de *bullying*.

O presente estudo, realizado com estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil, observou, em relação à variável sexo, que a maior prevalência de perpetração do *bullying* foi entre os adolescentes do sexo masculino. Diversos estudos apontam em seus resultados que a perpetração do *bullying* é mais prevalente entre os adolescentes do sexo masculino. Tais evidências podem ser encontradas em estudos nacionais e internacionais, como os de Bowman *et al.* (2004), Marcolino *et al.* (2018), Matos e Carvalhosa (2001), Mello *et al.* (2017), Moraes e Hutz (2012), Wendt e Lisboa (2013). Uma possível explicação para esse fenômeno é proposta por autores como Matos e Carvalhosa (2001), ao sugerirem que os meninos possuem uma interação mais agressiva e explosiva com seus pares em comparação com as meninas, o que resulta em mais casos desse tipo de violência. Nos estudos de Obrdali *et al.* (2013) e Seals e Young (2003), os meninos apresentaram maior necessidade psicológica de revelar força física, a qual, associada a aspectos biológicos, como tamanho e força, e a fatores sociais, possibilitava aos adolescentes utilizarem a agressão física para perpetrar o *bullying*.

O estudo de Zequinão *et al.* (2016), com 409 adolescentes na faixa etária de 8 a 16 anos de uma escola pública de Florianópolis (SC), revelou que as meninas eram mais vitimadas pelo *bullying* (40,5%) do que os meninos (29,8%); entre aqueles considerados perpetradores, 32,3% eram meninos e 24,6%, meninas. Outros estudos também evidenciaram que as meninas estiveram mais sujeitas a serem vítimas de *bullying* verbal do que os meninos (BANDURA, 1987; CAIRNS *et al.*, 1989; CHODOROW, 1999; CRICK; GROTPETER (1995); FRISÉN; JONSSON; PERSSON, 2007; KANN *et al.*, 2012; YODER, 1999; WANG; IANNOTTI; NANSEL, 2009). Contrapondo-se a isso, também há estudos que apontaram maior prevalência de vitimização do *bullying* entre os meninos quando comparado às meninas

(BRANNON, 2016; FLEMING; JACOBSEN, 2010; MALTA *et al.*, 2010a, 2014, 2017; RECH *et al.*, 2013; YANG *et al.*, 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em relação à idade, cabe destacar que os adolescentes de 15 anos ou mais apresentaram pequena diferença na prevalência para a categoria perpetradores (16,7% vs. 15,4%) do *bullying*, em relação àqueles perpetradores com idade ≤ 14 anos. A tendência deste resultado foi reafirmada pelos estudos de Andrade *et al.* (2012), Mello *et al.* (2017), Oliveira *et al.* (2016) com adolescentes da América do Norte, América do Sul e Europa, pois também revelaram maior prevalência da ocorrência de perpetração de *bullying* nessa faixa etária.

O presente estudo observou que há maior prevalência da categoria perpetradora de *bullying* na escola privada, e de vítimas na escola pública. Os achados de Mello *et al.* (2017) e Santana e Costa (2016) revelaram que o nível socioeconômico e o *status* social do aluno podem contribuir para maior chance de perpetração do *bullying*. Malta *et al.* (2014a) apontaram que a prática de perpetração foi relatada por 23,6% (IC_{95%} 22,8–24,4) entre adolescentes matriculados em escola privada, enquanto que 20,3% (IC_{95%} 18,6–22,1) na escola pública, revelando, ainda, que os alunos matriculados em escola pública tiveram menor chance de praticar *bullying* (OR= 0,87; IC_{95%} 0,78–0,97). Já o estudo de Oliveira-Menegotto *et al.* (2013) não observou diferença significativa na prevalência de ocorrência de *bullying* entre escolas públicas e privadas.

No que se refere à cor/raça, a maior prevalência de perpetradores foi entre os entrevistados que se autodeclararam indígena (17,3%) e preta (17,2%). Este resultado é similar ao encontrado nos estudos realizados por Malta *et al.* (2014a), Mello *et al.* (2017) e Oliveira *et al.* (2015). A relação entre cor/raça e *bullying* é de certa forma esperada, pois, em muitos casos, uma quantidade pequena de adolescentes de uma determinada etnia/cor de pele pode ocasionar um desequilíbrio de poder e, assim, eles se tornam vítimas em potencial dos colegas que representam maioria étnica (FELIX; YOU, 2011). É importante considerar também as questões de dinâmica social, discriminatórias e culturais relacionadas à intolerância e ao preconceito que, igualmente, são preditoras do *bullying* (SILVA; ALVES; IOSSI, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

A frequência de relato de qualquer uma das categorias analisadas de *bullying* foi maior entre os adolescentes que relataram faltar às aulas com maior frequência. Aponta-se não ser possível identificar a direção da associação entre *bullying* e faltar à aula. Alguns estudos apontam que a prática de faltar às aulas sem comunicar aos pais está associada à vitimização por *bullying*. Isto pode ser analisado como uma forma de autoproteção, com o intuito de esquivar-se de sofrer novas agressões, além da desmotivação (SAMPAIO, 2015); por possuírem sentimentos negativos, como medo, não possuir vontade de ir às aulas, terem raiva e preocupações (LOPES

NETO; SAAVEDRA, 2003), e/ou pelas possíveis faltas de intervenções ou supervisão escolar, ou até mesmo relações enfraquecidas entre os docentes e discentes (DÍAZ-AGUADO JALÓN; MARTÍNEZ ARIAS, 2013; NYGREN *et al.*, 2014; ROCHA *et al.*, 2013).

De modo geral, faltar às aulas sem comunicar aos pais esteve associado a terem sido vítimas de *bullying* (ANDRADE *et al.*, 2012; MALTA *et al.*, 2017; MELLO *et al.*, 2016; YOUNGBLADE *et al.*, 2007). Entre os perpetradores, os achados de Oliveira *et al.* (2016) revelam que os estudantes agressores faltavam quase duas vezes mais às aulas (OR=1,83) quando comparado com as vítimas. Segundo Malta *et al* (2014a), diferentemente das vítimas, a motivação que leva os perpetradores a faltarem às aulas está relacionada ao consumo de bebidas alcoólicas.

Observou-se que tanto na supervisão do tempo livre quanto na supervisão do dever de casa, a associação foi protetora para a prática de *bullying* e nula para sofrer ou ambos. Mello *et al.* (2017) também encontraram associação protetora para perpetradores de *bullying* cujos entrevistados relataram ter a supervisão dos pais (OR=0,64 IC_{95%} 0,61–0,66), entre outros estudos, como os de Andrade *et al.* (2012) e Malta *et al.* (2014a). O fato de os pais entenderem os problemas dos filhos também foi um fator protetor para ocorrência de *bullying*, independentemente da categoria, semelhante ao observado no estudo de Malta *et al.* (2014b). Quanto ao fato de os pais mexerem nas coisas dos filhos, houve associação entre as três categorias de *bullying*, com ênfase na força de magnitude menor entre os perpetradores. Desse modo, é amplamente apresentada na literatura a importância do acompanhamento, presença e supervisão dos pais ou responsáveis e/ou familiares no processo de desenvolvimento cognitivo e social dos adolescentes. O acompanhamento/supervisão dos responsáveis podem ainda prevenir e/ou diminuir a prevalência da ocorrência do *bullying*. Malta *et al.* (2011a) salienta que a realização de atos e práticas familiares, como, por exemplo, fazer pelo menos uma refeição em família por semana ou estar ciente sobre o que os adolescentes fazem no tempo livre têm produzido efeitos protetores para os adolescentes. Contrapondo-se a isso, a supervisão e o envolvimento empobrecidos dos pais, as ausências de referenciais (CÉZAR, 2010), a criminalidade parental, a separação dos pais (MATOS *et al.*, 2009), e relação de distanciamento entre pais e filhos (AZEREDO, 2015) podem ser considerados fatores de risco para a produção e/ou aumento da ocorrência do *bullying* e da violência entre os adolescentes no ambiente escolar.

Entre aqueles que relataram sentirem-se sozinhos ou ter insônia, a magnitude do efeito foi maior entre as vítimas de *bullying*, comparada com as demais categorias. Cabe destacar ainda que entre os adolescentes que relataram ter amigos, a associação encontrada foi de proteção para a ocorrência de vítimas de *bullying* e nula para as demais categorias. É notório,

nas evidências científicas, que a solidão experimentada em maior proporção pelos adolescentes que sofrem *bullying* pode decorrer dos problemas ou dificuldades sentimentais, tais como medo, desesperança e rebaixamento da autoestima (ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D’AFFONSECA, 2013); sofrimento psíquico, prejuízos no aprendizado, possibilidades de terem transtorno de personalidade antissocial e comportamentos violentos no futuro (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011). Da mesma forma, não possuir amigos torna-se um fator de risco para ser o alvo do *bullying* entre adolescentes (SMITH, 2002). O estudo de Lopes Neto (2011) destaca outro fato preocupante: as vítimas do *bullying* têm poucos amigos ou perdem as amizades em decorrência da violência.

A relação entre ter insônia e ter sido vítima de *bullying* também foi observada em outros estudos (Andrade et al., 2012; Azeredo, 2015; Gammone et al., 2015; Vidal et al., 2013) que adicionalmente observaram a relação com estado depressivo e ideias suicidas, afetando diretamente na saúde dos adolescentes. Outros estudos destacam a associação de sentimentos de tristeza, solidão, insônia e ansiedade mais frequentemente relatados entre adolescentes vítimas de *bullying* quando comparadas aos perpetradores (Carlyle & Steinman, 2007; Nylund et al., 2007).

Igualmente, ter sofrido violência sexual foi mais fortemente associado com a categoria vítima/perpetrador comparada com as demais categorias. Há vários relatos na literatura de associação entre sofrer violência sexual e ocorrência de *bullying*, seja como vítima, seja como perpetrador. Hong *et al.* (2016) observaram que ter tido iniciação sexual de forma precoce, além da prática frequente de atividade sexual na adolescência, torna-se fator de risco relacionado aos perpetradores de *bullying*. Mello *et al.* (2017) também descreveram em seu estudo que ter sofrido violência sexual precoce é considerado um fator de risco para se tornar perpetrador de *bullying*. De acordo Caridade e Machado (2008), Restum Antonio e Pereira Fontes (2012), a incidência de violência sexual na adolescência pode estar relacionada à imaturidade biopsicossocial das vítimas, à inexperiência relacional, à iniciação na sexualidade e ao não reconhecimento de seus direitos. Diversos estudos indicam que a violência sexual é um preditivo para a prática de *bullying*, revelando a associação de maneira isolada entre ser vítima (AZEREDO, 2015; HERTZ *et al.*, 2015; MALTA *et al.*, 2010c; MELLO *et al.*, 2016; VERGEL ORTEGA; MARTÍNEZ LOZANO; ZAFRA TRISTANCHO, 2016) ou perpetrador do *bullying* (AZEREDO, 2015; MELLO *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2016; ZEQUINÃO *et al.*, 2016; ZAINE; REIS; PADOVANI, 2010).

O estudo de Hébert *et al.* (2016), com 8.194 adolescentes com idade entre 10 e 18 anos de escolas públicas e privadas de Quebec, no Canadá, constatou que o abuso sexual associou-se ao

bullying. Os resultados desse estudo revelaram ainda que 33,4% das meninas abusadas sexualmente relataram ter sido vítimas de *bullying*, em comparação com 17,7% das meninas não abusadas, ($p<0,001$); entre os meninos, os resultados foram semelhantes, pois 29,6% dos meninos abusados sexualmente sofriam *bullying*. De todo modo, tanto as meninas quanto os meninos abusados sexualmente apresentaram mais propensão a perpetrar o *bullying*, em comparação com adolescentes sem histórico de abuso sexual para meninas ($p<0,001$) e para meninos ($p<0,002$).

Diante das evidências apresentadas, observou-se que, diante da situação da violência sexual, os perpetradores e as vítimas do *bullying* assumem comportamentos diferentes entre si, além de incluírem fatores que potencializam e/ou reforçam tais comportamentos, como a ingestão de álcool e outras drogas (HORTA *et al.*, 2018; MOTA *et al.*, 2018). Cabe mencionar ainda, com ênfase, que há estudos que reforçam o fato de adolescentes que sofreram violência sexual e eram vítimas de *bullying* apresentarem grandes possibilidades de tornarem-se futuros perpetradores, passando a assumir o comportamento da categoria vítima/perpetrador de *bullying*.

Em relação à variável imagem corporal, a autoavaliação do corpo como muito gordo foi mais fortemente associada às categorias vítima e vítima/perpetrador, comparados com aqueles que são somente perpetradores. Esse fenômeno pode ser entendido como consequência da autocompreensão estigmatizada, em que pessoas obesas diferem dos padrões de normalidade corporal por influência da mídia e, assim, são motivos de chacotas em virtude de sua aparência destoante e por não serem considerados normais pelos outros adolescentes (MATTOS, 2012). Outro estudo, que também avaliou a relação de adolescentes que declararam possuir algum grau de insatisfação com a imagem corporal e o *bullying*, constatou que estes possuem maior chance de tornarem-se vítimas, especialmente naqueles que se consideravam “muito gordo” (SCUTTI *et al.*, 2014).

Ainda se destaca que, em relação aos sentimentos de indiferença e insatisfação em relação ao próprio corpo, as vítimas apresentaram maior magnitude quando comparadas às demais categorias de *bullying*. A provocação sofrida pelas vítimas de *bullying* pode ser justificada pela inexistência do corpo tido como “ideal”, por não se assemelhar ao estereótipo físico do “corpo forte, musculoso e hígido” de quem é perpetrador. Dessa forma, o sentimento de insatisfação com a própria imagem corporal pode ser o ponto de partida para chacotas e exclusão de grupos sociais no ambiente escolar (SILVA; CAMINHA, 2014). O estudo de Rech *et al.* (2013) coaduna-se com os achados do presente estudo, ao revelar que os adolescentes insatisfeitos com a imagem corporal apresentaram o triplo de chances de serem vítimas de *bullying* (RP=3,24 IC_{95%} 1,99–5,28).

Não foram encontrados, na literatura, estudos que tivessem comparado as variáveis de contexto familiar, saúde mental e imagem corporal nos adolescentes com as categorias de *bullying* aqui definidos, isto é, vítima, perpetrador e vítima/perpetrador. Esta classificação foi motivada pela observação de que essas variáveis associaram-se com magnitudes diferentes entre vítimas e perpetradores em estudos realizados no país (Abadio de Oliveira et al., 2016; Azeredo et al., 2015; Carvalho Malta et al., 2010; Fante, 2005; Kann et al., 2014; Malta et al., 2011; Malta et al., 2014b; Mello et al., 2017; Neto, 2005; Paula et al., 2008; Rech et al., 2013; Wynne & Joo, 2011). A hipótese aqui testada foi que o grupo composto por vítimas e perpetradores poderia ter características diferentes daqueles que somente sofrem ou praticam *bullying*; hipótese confirmada para algumas variáveis, como imagem corporal e violência sexual. Trata-se, portanto, de uma abordagem inédita quanto ao estudo sobre as categorias de *bullying*.

O presente estudo revelou, com particularidade, que os perpetradores do *bullying* apresentaram maior probabilidade de adoção de hábitos de múltiplos comportamentos considerados de risco à saúde. Aponta-se, com destaque, que, dentre os comportamentos de riscos à saúde, o uso de álcool e de outras drogas ilícitas comumente é pontuado nas evidências científicas como predição para o *bullying* entre adolescentes (FARRELL et al., 2010; GARCIA-CONTINENTE et al., 2013; GOMES et al., 2006; HORTA et al., 2007; MELLO et al., 2017; PELEG-OREN et al., 2012; SWAHN; DONOVAN, 2004).

O relatório do Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) identificou que o álcool, entre as substâncias psicoativas consumidas por adolescentes, foi o que apresentou a menor média de idade (12 anos) para o início do consumo (PINSKY et al., 2010). Meloni e Laranjeira (2004) apontam que quanto mais cedo se inicia a experimentação da ingestão de bebida alcóolica por adolescentes, piores podem ser as consequências e maior o risco de desenvolvimento do abuso e dependência. Aponta-se ainda que o consumo de álcool pode ocasionar problemas sociais e de saúde, como acidentes de trânsito, violência, infecções sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada, infarto do miocárdio, entre outros (REBOUSSIN et al., 2006).

Quanto ao consumo de álcool regular pelos adolescentes investigados, os achados deste estudo revelaram que pouco menos de um quarto dos adolescentes (24,4%) que consumiam bebida alcoólica eram perpetradores do *bullying*. Merece assinalar que existe a compreensão de que a adolescência é uma fase marcada por transformações físicas, psicológicas e por uma série de descobertas em busca de maior autonomia social (COSTA; SOUZA, 2005).

Estudos revelam que o consumo de álcool é o fator de risco mais utilizado entre adolescentes no mundo inteiro (GALDURÓZ et al., 2005; JESUS et al., 2011; LEPRE, 2003;

POWERS *et al.*, 2015). Autores como Silva e Padilha (2013) alertam que o contato precoce dos adolescentes com as bebidas alcoólicas é relevante para o surgimento do alcoolismo. Quando associado a problemas de saúde na idade adulta aumenta significativamente o risco de se tornar consumidor em excesso ao longo da vida (McCAMBRIDGE; McALANEY; ROWE, 2011; STRAUCH *et al.*, 2009), além de ser uma das principais causas de morte no trânsito, na adolescência, conforme apontado por Vieira *et al.* (2007).

Enfatiza-se que o consumo excessivo álcool na adolescência também está associado ao insucesso escolar e a outros comportamentos de risco, como tabagismo, uso de drogas ilícitas e sexo desprotegido (ANDRADE *et al.*, 2012; PECHANSECKY; SZOBOT; SCIVOLETTO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014b).

A relação entre o *bullying* e o consumo de álcool regular nos achados do estudo de Mota *et al.*, (2018) revelaram associação duas vezes maior entre alto risco para agressão direta e o consumo de álcool entre adolescentes (RP=2,26; IC_{95%} 1,25–4,11), além de apontar também duas vezes mais chance de permanecer significativo e associado o alto risco para agressão relacional (OR=2,13; IC_{95%} 1,17–3,90).

Além disso, também devem ser apresentados outros apontamentos da PeNSE 2009, ao revelar que, em ambos os sexos, foram observadas associações entre violência física e ser vítima de *bullying* com o uso de drogas ilícitas e efeito potencializado do consumo de álcool e drogas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Andrade *et al.* (2012) revelaram que, entre os adolescentes do sexo masculino, o uso de álcool mostrou associação significativa entre os perpetradores do *bullying*.

Os dados da presente investigação apontaram que os adolescentes que mais consumiam álcool regularmente eram os que mais perpetravam *Bullying*. Este achado é similar ao revelado em outros estudos, ao indicarem que os agressores de *bullying* apresentaram comportamentos antissociais, em que prevaleceram o desrespeito às regras e normas sociais e até mesmo situações de conflito com a lei, bem como uso de álcool e outras drogas (OLWEUS, 2013; PELEG-OREN *et al.*, 2012).

Outro comportamento de risco que cabe discutir é o tabagismo. A prevalência global do consumo regular de tabaco entre os adolescentes do presente estudo foi de 6,7%. Cabe destacar que a prevalência de adolescentes que fumavam e perpetravam o *bullying* foi de 32,2%. O estudo de Barreto *et al.* (2014), ao analisar os dados da PeNSE de 2012, revelaram que mais de 30,0% dos adolescentes de 13 a 15 anos experimentaram fumar antes dos 12 anos de idade. Já nos achados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA), realizado em 2013 e 2014, com 74.589 adolescentes de municípios brasileiros com mais de

100 mil habitantes, revelou que 18,5% dos adolescentes fumaram pelo menos uma vez na vida, 5,7% fumavam no momento da pesquisa e 2,5% havia fumado por sete dias seguidos (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Um estudo realizado com 1.170 adolescentes de escolas públicas do município de Gravataí (RS) observou que, nos últimos 30 dias, a prevalência de tabagismo foi de 4,4% entre os adolescentes, achado este menor ao encontrado na presente tese. O estudo revelou ainda que a prevalência do uso de tabaco e álcool nos últimos 30 dias esteve associada à presença de sentimento de tristeza, solidão, dificuldade para dormir e ideação suicida (VIEIRA *et al.*, 2008). Outro estudo, realizado em 2010, com 4.667 adolescentes estudantes do 9º ano do ensino fundamental de escola pública, da cidade de Porto Velho (RO), observou o consumo de tabaco de 6,4%, prevalência similar ao achado da presente tese. De todo modo, evidencia-se na literatura científica que o consumo de tabaco de forma regular entre os adolescentes associa-se a outros comportamentos de risco, como consumo de álcool e outras drogas (Andrade *et al.*, 2012; Barreto *et al.*, 2014; Carlini-Cotrim *et al.*, 2000; Elicker *et al.*, 2015; Malta *et al.*, 2014a; Malta *et al.*, 2011; Mota *et al.*, 2018; Vieira *et al.*, 2008).

Diante dos achados do presente estudo e dos apresentados acima, destaca-se que o tabagismo é um hábito preocupante, haja vista que crianças e adolescentes que convivem com pais fumantes ou estão expostos à fumaça ambiental do tabaco, por serem fumantes passivos apresentam maior risco de episódios de asma, doença respiratória aguda, sintomas respiratórios, como tosse e chiado, e infecções de ouvido médio, do que os não expostos e/ou não fumantes (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006). Além disso, Oliveira *et al.*, (2016) apontaram que os adolescentes perpetradores do *bullying* que usavam tabaco de forma regular apresentavam quase três vezes mais chance de tornarem-se perpetradores (OR: 2,92; IC_{95%} 2,77–3,09) quando comparados àqueles que não fumavam.

Entre os adolescentes que afirmaram positivamente fazer uso regular de drogas e que perpetravam o *bullying*, a prevalência observada foi de quase sete vezes maior quando comparado às demais categorias analisadas no presente estudo. Garcia-Continente *et al.* (2013) e Peleg-Oren *et al.* (2012) afirmam que os comportamentos antissociais e o uso de álcool e outras drogas estão associados à prática de *bullying*. Mello *et al.* (2017) verificaram que a chance de adolescentes que experimentaram drogas praticarem o *bullying* foi de 47% (OR= 1,47; IC_{95%} 1,38–1,57).

Romaní, Gutiérrez e Lama (2011) observaram que o consumo de drogas lícitas e ilícitas por adolescentes foram fatores fortemente associados à perpetração de diferentes

formas de violência. Esses autores revelaram ainda que a chance dos adolescentes que consomem drogas perpetrarem violência verbal foi de 56% (OR= 1,56; IC_{95%} 1,54–1,59).

Destaca-se que os adolescentes que apresentaram estilo de vida sedentária eram os que mais perpetravam o *bullying* comparados as demais categorias (17,7%). Diversos estudos trazem forte associação entre o aumento de comportamentos sedentários e o excesso de peso entre os adolescentes (BACIL *et al.*, 2016; COQUEIRO; PETROSKI; PELEGRINI, 2008; DIAS *et al.*, 2014; SILVA, K.; LOPES; SILVA, F., 2007). Supõe-se que os adolescentes não se sintam muito atraídos por outros tipos de atividade de vida diária, incluindo a prática de atividade física, como, por exemplo, caminhada, por considerá-los sem importância para suas expectativas e os substituem pelos comportamentos sedentários (DIAS *et al.*, 2014).

Em relação às categorias de *bullying*, cabe mencionar que poucos estudos investigaram a associação do sedentarismo com a prática e/ou ocorrência de *bullying* entre adolescentes. Frente a esta constatação, merece destaque o estudo de Rech *et al.* (2013) que observou, entre os adolescentes da cidade de Caxias do Sul (RS), que os de comportamentos sedentários representaram 55% mais chance de serem vítimas de *bullying* (RP=1,55; IC_{95%} 1,01–2,36) e mais do que o dobro (RP=2,42; IC_{95%} 1,47–3,97) de serem agressores. Identificou também que os meninos apresentaram mais do que o dobro de chances (RP=2,45; IC_{95%} 1,42–4,24) de serem agressores do *bullying* em relação às meninas.

A maioria dos adolescentes (89%) afirmou que a sua relação sexual ocorre de forma protegida, fazendo uso de preservativo. Os resultados obtidos revelaram ainda que os perpetradores de *bullying* são os que menos praticam sexo seguro, utilizando preservativo, seguidos da categoria vítima e vítima/perpetrador. Compreender as justificativas da prática de sexo desprotegido entre adolescentes é de suma importância para aclarar a respeito do cuidado que o adolescente tem consigo e com o outro.

Quanto à informação sobre o uso de preservativo, os achados da PeNSE de 2009 mostraram que, dentre os adolescentes que afirmaram haver tido relação sexual, 24,1% não utilizaram preservativo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). No relatório de 2012 da PeNSE, o percentual manteve-se estável (24,7%) e, em 2015, 38,8% dos adolescentes praticaram sexo não seguro na última relação sexual, o que revela um aumento considerável comparado aos relatórios da PeNSE de 2009 e 2012 e dos resultados encontrados neste estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

O estudo de Mello *et al.* (2017) também observou que os adolescentes perpetradores do *bullying* eram os que iniciaram relação sexual mais precocemente e de forma desprotegida, com diferença significativa quando comparados aos não agressores. Oliveira-Campos *et al.* (2014)

utilizou dados da PeNSE de 2012, e observou o comportamento sexual dos adolescentes. Os seus achados identificaram que aqueles cujas mães possuíam menor escolaridade e que não supervisionavam o tempo livre dos seus filhos, apresentaram maior chance de ter relação sexual precocemente, independente do uso de preservativo. Esses autores revelaram ainda que os adolescentes da Região Norte e Sudeste do Brasil apresentaram maior chance de terem relação sexual (com preservativo OR=1,54 e sem uso de preservativo OR=1,42) em relação aos adolescentes da Região Sul, uma vez que estes apresentaram razão de chance menor (com preservativo OR=0,86 e sem preservativo OR=0,88).

No que diz respeito à relação da alimentação com o *bullying*, observou-se que o aumento do consumo de alimentos por adolescentes pode ser uma resposta ao estresse ocasionado pelas provocações ao sofrer *bullying*, como um enfrentamento temporário para gerar calma, alívio e fuga (CLARK *et al.* 1999; ONG; FULLER-ROWELL; BURROW, 2009). De maneira geral, os estudos de Janssen *et al.*, (2004) e Zanelatto (2014) observaram que as vítimas de *bullying* exteriorizam suas angústias no consumo de alimentos tidos como não saudáveis, o que pode aumentar o risco de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis entre os adolescentes.

Em relação à associação entre as categorias de *bullying* e coocorrência de comportamentos de risco à saúde, cabe destacar que os adolescentes do presente estudo envolvidos com a ocorrência do *bullying*, categorizados como perpetradores, foram os que mais adotaram hábitos e comportamento de risco dentro do contexto social e escolar em que estão inseridos, assumindo, assim, um comportamento diferenciado frente aos demais adolescentes categorizados como vítima e vítima/perpetrador de *bullying*.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao seu desenho transversal, que não permite estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, pode ter ocorrido viés de memória em algumas das questões relacionadas ao questionário. Por fim, ressalta-se a importância de considerar, nos estudos posteriores sobre o *bullying*, a categoria vítima/perpetrador, para que possam permitir análises, comparações e aprofundamento na discussão, ao se tratar desta categoria específica dentro do fenômeno do *bullying*, mas ainda pouco retratada na literatura. Isso porque os estudos realizados têm dedicado atenção para as categorias vítima e perpetrador, investigadas isoladamente, desconsiderando a possibilidade de ser vítima e perpetrador ao mesmo tempo.

CONCLUSÕES

O estudo teve como objetivo investigar a relação entre as categorias de *bullying* verbal, coocorrência de comportamentos de riscos à saúde e fatores associados entre os adolescentes do 9º ano do Ensino Fundamental da Região Norte do Brasil. Variáveis relacionadas à vida escolar e familiar, bem como de imagem corporal estão associadas ao relato dos diferentes categorias de *bullying* em adolescentes. Aqueles que perpetram *bullying* podem estar em risco aumentado para doenças em função da prática simultânea de diferentes comportamentos de risco. É fato que o fenômeno *bullying* expõe os escolares à condição susceptível de vulnerabilidade, pois compreendemos que ele ocorre dentro de um contexto social amplo e as motivações para tal ato são diversas e têm como fatores determinantes contextos familiares, escolares, sociais e culturais.

Os perpetradores de *bullying* têm mais comportamentos de risco à saúde, tais como alimentação não saudável regular, consumo de álcool, drogas, tabaco, relação sexual sem preservativo e sedentarismo, além de faltarem mais às aulas sem comunicar aos pais.

Apreende-se do estudo que o contexto escolar brasileiro continua sendo um espaço de reprodução da violência e que a escola não é a única responsável pela produção de violência, pois se trata de um fenômeno complexo, dinâmico, multifacetado e multicausal, com raízes também em questões de ordem macrosociais, econômicas e sociocultural.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, M. Construindo referências sobre violências, escola e educação entre saberes e desencontros, destacando o cotidiano escolar. In: ABRAMOVAY, M. (coord.). *Cotidiano das escolas: entre violências*. Brasília: UNESCO-Organização das Nações Unidas, Observatório de Violência, Ministério da Educação, 2006. p. 53-82.
- ABRAMOVAY, M. *Escola e violência*. Brasília: Unesco, 2002.
- ABRAMOVAY, M.; CUNHA, A.L.; CALAF, P.P. *Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas*. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-americana, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, 2009.
- ADAMO, F. A. Desenvolvimento psicossocial do adolescente. In: Congresso Nacional. A Saúde do Adolescente, 1., 1991, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1991. p. 149-153.
- ALBUQUERQUE, P. P.; WILLIAMS, L. C. A. D'AFFONSECA, S. M. Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 29, n. 1, p. 91-98, jan./mar. 2013.
- ANALITIS, F. *et al.* Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*, United States, v. 123, n. 2, p. 569-577, 2009.
- ANDRADE, S. S. C. D. A. *et al.* Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e *bullying* entre adolescentes escolares brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1725-1736, 2012.
- AQUINO, J. G. *Confrontos na sala de aula: uma leitura institucional da relação professor-aluno*. São Paulo: Summus, 1996.
- ASSIS, S. G. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência doméstica = The situation of Brazilian children and adolescents with regard to mental health and violence. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 349-361, 2009.
- AZEREDO, C. M. *Características individuais e contextuais associadas ao bullying entre escolares no Brasil*. 2015. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- AZEREDO, C. M. *et al.* Individual and contextual factors associated with verbal *bullying* among Brazilian adolescents. *BMC Pediatrics*, London, v. 1, p. 15:49, 2015a.
- AZEREDO, C. M. *et al.* Patterns of health-related behaviours among adolescents: a cross-sectional study based on the National Survey of School Health Brazil 2012. *BMJ Open*, London, v. 6, e011571, 2016.
- AZEREDO, C. M. *et al.* School *bullying*: A systematic review of contextual-level risk factors in observational studies. *Aggression Violent Behavior*, United States, v. 22, p. 65-76, May-June 2015b.

- BACIL, E. D. A., *et al.* Excesso de peso em adolescentes: papel moderador do sexo e da escolaridade materna. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 29, n. 4, p. 515-524, 2016.
- BALDRY, A. C.; FARRINGTON, D. P. Bullies and delinquents: Personal characteristics and parental styles. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Washington (DC), v. 10, p.17-31, 2000.
- BANDEIRA, C. M.; HUTZ, C. S. *Bullying*: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. *Psicologia Escolar e Educacional*. São Paulo, v. 16, n.1, p. 35-44,2012.
- BANDURA, A. *Pensamiento y acción: fundamentos sociaes*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, 1987.
- BARRETO, S. M. *et al.* Experimentation and use of cigarette and other tobacco products among adolescents in the Brazilian state capitals (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, p. 62-76, 2014. Supl. 1.
- BESERRA, M. A. *Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados*. Tese (Doutorado em Ciência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
- BOWMAN, S. A. *et al.* Effects of fast-food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics*, United States, v. 113, n. 1, Pt 1, p. 112-118, 2004.
- BRANNON, L. *Gender: psychological perspectives*. 6. ed. New York: Routledge, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Informações de saúde*. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 3 jan. 2018.
- BRASIL. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990*. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm. Acesso em: 3 mar. 2018.
- BREWERTON, T. D. Posttraumatic stress disorder and disordered eating: food addiction as self-medication. *J. Womens Health (Larchmt)*, New York, v. 20, n. 8, p. 1133-4, Aug. 2011. Disponível em: DOI: [10.1089/jwh.2011.3050](https://doi.org/10.1089/jwh.2011.3050). Acesso em: 8 mar. 2018.
- BURGESS, D. E. Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: health risk behaviors of two urban seventh grade classes. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, Londres, v. 29, n. 3, p. 157-171, Jul-Sep. 2006.
- BUSCH, V. *et al.* Clustering of health-related behaviors, health outcomes and demographics in Dutch adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, England, v. 13, n. 1, p. 1118, 2013.
- CAIRNS, R. B. *et al.* Growth and aggression: I. Childhood to early adolescence. *Developmental Psychology*, United States, v. 25, n. 2, p. 320-330, Mar. 1989.
- CALHAU, L. B. *Bullying: o que você precisa saber*. Rio de Janeiro: Impetus 6, 2009.

- CAMELO, L. D. V. *et al.* Sedentary leisure time and food consumption among Brazilian adolescents: the Brazilian National School-Based Adolescent Health Survey (PeNSE), 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 2155-2162, 2012.
- CARIDADE, S.; MACHADO, C. Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologia* (online), Lisboa, v. 22, n. 1, p. 77-104, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v22n1/v22n1a04.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2018.
- CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C.; GOUVEIA, N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 636-645, 2000.
- CARLYLE, K. E.; STEINMAN, K. J. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent *bullying* at school. *Journal of School Health*, United States, v. 77, n. 9, p.623-629, Nov. 2007.
- CARNEIRO, C. B. L.; VEIGA, L. *O conceito de inclusão, dimensões e indicadores*. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.
- CARTER, M. *et al.* Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *Journal of adolescence*, London, v. 30, n. 1, p. 51-62, fev. 2007.
- CATINI, N. Problematizando o "*bullying*" para a realidade brasileira. 2004. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 2004.
- CAVALCANTI, C. B. *Transferência de recursos ao exterior e substituição de dívida externa por dívida interna*. Rio de Janeiro: Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social, 1988.
- CÉZAR, Neura. *Bullying: preconceito, estigmas e desafios da educação para a paz*. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2010.
- CHODOROW, N. J. *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender*. Los Angeles: University of California Press, 1999.
- CLARK, R. *et al.* Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American psychologist*, Washington, DC, v. 54, n. 10, p. 805-816, Oct. 1999.
- CONTINENTE, X. G.; GIMÉNEZ, A. P.; ADELL, M. N. Factores relacionados con el acoso escolar (*bullying*) en los adolescentes de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, Madrid, v. 24, n. 2, p. 103-108, 2010.
- COQUEIRO, R. S.; PETROSKI, E. L.; PELEGRINI, A. Insatisfação com a imagem corporal: avaliação comparativa da associação com estado nutricional em universitários. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 31-38, Apr. 2008.
- COSTA, M. A. P.; SOUZA, M. A.; OLIVEIRA, V. M. Obesidade infantil e *bullying*: a ótica dos professores. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 653-665, 2012.
- COSTA, M. R. *et al.* Bullying among adolescents in a Brazilian urban center – “Health in Beagá” Study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 49, p. 1-10, 2015.

COSTA, R. J. Violência na escola: verdadeira ou falsa questão. *A página da educação*, Porto, Portugal, ano 10, n. 101, p. 1-3, abr. 2001. Disponível em: https://www.apagina.pt/Download/PAGINA/SM_Doc/Mid_2/Doc_8362/Doc/P%C3%A1gina_8362.pdf. Acesso em: 3 mar. 2018.

COSTA, M. C. O.; SOUZA, R. P. *Semiologia e atenção primária à criança e ao adolescente*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

COSTA, M. E.; VALE, Dulce. *A violência nas escolas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 1998. (Ciências da Educação).

COVINGTON, S. *Beyond Trauma Workbook*. Center City, MN: Hazelden Publishing, 2003.

CRICK, N. R.; GROTPETER, J. K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, United State, v. 66, n. 3, p. 710-722, jun. 1995.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2013-2020, 2008.

DIAS, P. J. P. *et al.* Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 266-274, Apr. 2014.

DÍAZ-AGUADO JALÓN M. J.; MARTÍNEZ ARIAS, R. Peer bullying and disruption-coercion escalations in student-teacher relationship. *Psicothema*, Oviedo, Spain, v. 25, n. 2, p. 206-213, 2013.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Elementos Estatísticos: Informação Geral: Saúde 2006*. Lisboa: DGS, 2008.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE. *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: DGS, 2006.

EATON, D. K. *et al.* Youth risk behavior surveillance-United States, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Smmaries*, Washington, DC, v. 59, n. 5, p. 1-142, jun. 2010.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 6-7, abr.-jun. 2005.

ELICKER, E. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 399-410, jul.-set. 2015.

FALEIROS, V. P.; FALEIROS, E. S. *Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes*. 2. ed. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2008.

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

- FARRELL, A. D. *et al.* Environmental influences on fighting versus nonviolent behavior in peer situations: a qualitative study with urban African American adolescents. *American Journal of Community Psychology*, England, v. 46, n. 1-2, p. 19-35, Sep. 2010.
- FARRINGTON, D. P. Understanding and preventing bullying. In: TONNY, M.; MORRIS, N. (ed.). *Crime and justice*. Chicago: University of Chicago Press, 1993. p. 381-458.
- FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de pediatria*, Porto Alegre, v. 77, p. S125-S134, 2001. Supl. 2.
- FELIX, E. D.; YOU, S. Peer victimization within the ethnic context of high school. *Journal of Community Psychology*, United States, v. 39, n. 7, p. 860-875, 2011.
- FERREIRA, S. Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de riscos para a saúde na adolescência. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem) – Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal, 2014.
- FIGUEIREDO, V. C. *et al.* ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 50, p. 1s-10s, 2016. Supl. 1.
- FISCHER, R. M. *et al.* *Bullying escolar no Brasil: relatório final*. São Paulo: CEATS/FIA, 2010.
- FLEMING, L. C.; JACOBSEN, K. H. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promotion International*, Oxford, Inglaterra, v. 25, n. 1, p. 73-84, 2010.
- FRANCISCO, M. V.; LIBÓRIO, R. M. C. A study on *bullying* victimization among peers in elementary and junior high school. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 2, p. 200-207, 2009.
- FRESCHI, E. M.; FRESCHI, M. Relações interpessoais: a construção do espaço artesanal no ambiente escolar. *Revista de Educação do IDEAU*, Getúlio Vargas, v. 8, n. 18, 2013.
- FRISÉN, A.; JONSSON, A. K.; PERSSON, C. Adolescents' perception of bullying: who is the victim? Who is the bully? What can be done to stop bullying? *Adolescence*, United States, v. 42, n. 168, p. 749-761, 2007.
- FU, Q.; LAND, K. C.; LAMB, V. L. Bullying victimization, socioeconomic status and behavioral characteristics of 12th graders in the United States, 1989 to 2009: repetitive trends and persistent risk differentials. *Child Indicators Research*, Netherlands v. 6, n. 1, p. 1-21, 2013.
- GALDURÓZ, J. C. F. *et al.* *V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*: 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.
- GAMMONE, M. *et al.* O contexto do suicídio. *Trilhas Pedagógicas*, Pirassununga, v. 6, n. 6, p. 257-287, 2016.
- GARCIA-CONTINENTE, X. *et al.* Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 276, n.4, p. 350-354, Jul-Aug 2013.

GARNER, P. W.; HINTON, T. S. Emotional display rules and emotion self-regulation: Associations with bullying and victimization in community-based after school programs. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, England v. 20, n. 6, p. 480-496, 2010.

GOMES, L. F.; SANZOVO, N. M. *Bullying e prevenção da violência nas escolas: quebrando mitos, construindo verdades*. São Paulo: Saraiva, 2013.

GOMES, R. *et al.* Êxitos e limites na prevenção da violência: estudo de caso de nove experiências brasileiras. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1291-1302, 2006. Supl.

GOMES, V. L.; MENDES, F. Representações de adolescentes luso-brasileiros acerca do conceito de ‘risco’: subsídios para a atuação de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 688-694, 2009.

GRIFFITHS, L. J. *et al.* Obesity and bullying: different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, London, v. 91, n. 2, p.121-125, 2006.

HADDAD, M. R. *Padrão de consumo alimentar e prática de atividade física entre adolescentes de famílias em diferentes estratos sociais: revisão sistemática de literatura e análise de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009, 2012 e 2015)*. 2018. Tese (Doutorado em Nutrição Humana Aplicada) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

HÉBERT, M. *et al.* Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high schools students: a moderated mediated model. *Depression and Anxiety*, New York, v. 33, n. 7, p. 623-629, Jul 2016.

HERTZ, M. F. *et al.* Association Between Bullying Victimization and Health Risk Behaviors Among High School Students in the United States. *The Journal of school health*, Ohio, v. 85, n. 12, p. 833-842, Dec. 2015.

HIAS, F. M. S. *Representações sociais e conhecimento sobre a Aids: a restituição de mensagens preventivas escritas por parte de adolescentes*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

HOLANDA, V. R.; HOLANDA, E. R.; SOUZA, M. A. O enfrentamento da violência na estratégia saúde da família: uma proposta de intervenção. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 209-217, 2013.

HONG, J. S. *et al.* Association Among Subtypes of Bullying Status and Sexually-Risky Behaviors of Urban African American Adolescents in Chicago. *Journal of Immigrant and Minority Health*, New York, v. 18, n. 5, p. 1007-10016, Oct. 2016.

HORTA C.L. *et al.* Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 123-140, 2018.

HORTA, R. L. *et al.* Tabaco, álcool e outras drogas entre adolescentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: uma perspectiva de gênero. *Caderno de Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 775-783, Apr. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400005>. Acesso em: 10 mar. 2018.

IJIMA, D. W.; SCHROEDER, T. M. R. Pesquisa sobre violência escolar no Brasil. *Revista Travessias*, v. 6, n. 3, p. 1-17, 2012. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/7131>. Acesso em: 14 fev. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 3 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa nacional de saúde do escolar*: 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/> Acesso em: 10 out. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Pesquisa nacional de saúde do escolar*: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 23 out. 2017.

JACKSON, D. B. Diet quality and bullying among a cross-national sample of youth. *Preventive Medicine*, New York, n. 105, p. 359-365, Dez. 2017.

JANSSEN, I. *et al.* Associations between overweight and obesity with *bullying* behaviors in school-aged children. *Pediatrics*, United States, v. 113 n. 5, p. 1187-1194, May 2004.

JARES, X.R. *Educação e conflito: guia de educação para convivência*. Tradução: José Carlos Eufrásio. Porto, Portugal: Asa, 2002. (Coleção Práticas pedagógicas). Título original: *Educación y conflicto: guia de educación para la Convivencia*.

JESUS, F. B. *et al.* Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p 359-367, jun 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200021>. Acesso em: 10 mar. 2018.

JORGE, S. D. C.; CAMPOS, H. R. Investigando o *Bullying* em uma escola estadual de Natal/RN. Natal, 2009. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/humanidades/ARTIGOS/GT14/INVESTIGANDO%20O%20BULLYING%20EM%20UMA%20ESCOLA%20ESTADUAL%20DE%20NATAL.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2018.

KANN, L. *et al.* Youth risk behaviour surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveillance Summaries*, Washington, DC, v. 61, n. 4, p. 1-162, June 2012.

KANN, L. *et al.* Youth risk behavior surveillance - United States, 2013. *MMWR Surveillance Summaries*, Washington, DC, v. 63, n. 4, p. 1-168, June 2014.

LEITE, J. T. *et al.* Enfrentamento da violência doméstica contra crianças e adolescentes na perspectiva de enfermeiros da atenção básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online], Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e55796, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 3 mar. 2018.

LEMESHOW, A. R. *et al.* Subjective social status in the school and change in adiposity in female adolescents: findings from a prospective cohort study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, Chicago, Illinois, v. 162, n. 1, p. 23-28, Jan. 2008.

LEPRE, R.M. Adolescência e construção da identidade. *Psicopedagogia*, São Paulo, v. 1, p. 1-9, 2003.

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

LEVANDOSKI, G.; CARDOSO, F. L. Imagem corporal e status social de estudantes brasileiros envolvidos em bullying. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Bogotá, v. 45, n. 1, p. 135-145, Jan./Apr. 2013.

LINLEY, P. A.; JOSEPH, S. *Positive psychology in practice*: Hoboken, NJ: Wiley, 2004.

LIRA, E. S.; ENRICONE, J. R. B. Relação entre vínculos escolares e desempenho na aprendizagem: um estudo com alunos de 5ª série do ensino fundamental. *Perspectiva*, Erechim, v. 35, n. 132, p. 65-80, dez. 2011.

LIU, J.; GRAVES, N. Childhood bullying: a review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nursing*, Boston, v. 28, n. 6, p. 556-568, Nov.-Dec. 2011.

LOPES NETO, A. A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 164-172, 2005.

LOPES NETO, A. A. *Bullying: saber identificar e como prevenir*. São Paulo: Brasiliense, 2011.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. *Diga não para o bullying: programa redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: Abrapia, 2003.

MALTA, D. C. *et al.* *Bullying* e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012) = *Bullying* and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, p. 131-145, 2014a.

MALTA, D. C. *et al.* *Bullying* em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012) = *Bullying* in Brazilian school children: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Revista brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, p. 92-105, 2014b. supl. 1.

MALTA, D. C. *et al.* *Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3065-3076, Oct. 2010a. Supl. 2.

MALTA, D. C. *et al.* Consumo de álcool entre adolescentes brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, p. 203-214, 2014c. Supl. PeNSE 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares = Family and the protection from use of tobacco, alcohol, and drugs in adolescents, National School Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, p. 166-177, Sept. 2011a. Supl. 1.

MALTA, D. C. *et al.* Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, p. 159-167, May 2008. Supl. 1.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de bullying e fatores associados em escolares brasileiros, 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, set. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prevalencia-de-bullying-e-fatores-associados-em-escolares-brasileiros-2015/16356?id=16356> Acesso em: 10 mar 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3009-3019, Oct. 2010b. Supl. 2.

MALTA, D. C. *et al.* Saúde sexual dos adolescentes segundo a Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 14, p. 147-156, 2011b. Supl. 1.

MALTA, D. C. *et al.* Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3053-3063, Oct. 2010c. Supl. 2.

MARCOLINO, E. C. *et al.* Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. *Texto contexto – enfermagem* [online], Florianópolis, v. 27, n.1, p. e5500016, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018005500016>. Acesso em: 5 mar. 2018.

MARRIEL, L. C. *et al.* Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 36, n. 127, p. 35-50, 2006.

MATOS, M. G.; CARVALHOSA, S. F. A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicologia, Saúde & Doenças* [online], Lisboa, v. 2, n. 2, p. 43-53, 2001. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1645-00862001000200003&lng=pt&nrm=i. Acesso em: 5 mar. 2018.

MATTOS, R. *Sobrevivendo ao estigma da gordura*. São Paulo: Vetor, 2012.

McCAMBRIDGE, J.; McALANEY, J.; ROWE, R. Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS medicine*, San Francisco, CA, v. 8, n. 2, p. e1000413, 2011. Disponível em: doi: 10.1371/journal.pmed.1000413. Acesso em 20 mar. 2018.

MELLO, F. C. M. *et al.* A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2939-2948, 2017.

- MELLO, F. C. M. *et al.* Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 866-877, 2016.
- MELONI, J. N.; LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, p. 7-10, maio 2004. Supl. 1.
- MICHAEL, K.; BEN-ZUR, H. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence*, London, v. 30, n. 1, p. 17-31, Feb. 2007.
- MORAES, B. C.; HUTZ, C. S. *Bullying*: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. *Psicologia Escolar e Educacional*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 35-44, jan./jun. 2012.
- MOREIRA, B. F. Terapia de Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competência e habilidades*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 155-167.
- MORRIS, E. B.; ZHANG, B.; BONDY, S. J. Bullying and smoking: Examining the relationships in Ontario adolescents. *The Journal of School Health*, Columbus, Ohio, v. 76, n. 9, p. 465-470, Nov. 2006.
- MOTA, R. S. *et al.* Adolescentes escolares: associação entre vivência de bullying e consumo de álcool/drogas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e:3650017, set. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003650017>. Acesso em: 3 mar. 2018.
- MOURA, D. R.; CRUZ, A. C. N.; QUEVEDO, L. Á. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 87, n. 1, p. 19-23, fev. 2011.
- MOUSSAVI, N.; GAVINO, V.; RECEVEUR, O. Could the quality of dietary fat, and not just its quantity, be related to risk of obesity? *Obesity* (Silver Spring), United States, v. 16, n. 1, p. 7-15, Jan. 2008.
- NANSEL, T. R. *et al.* Bullying Behaviors Among US Youth: Prevalence and Association With Psychosocial Adjustment. *JAMA*, Chicago, v. 285, n. 16, p. 2094-2100, Apr. 2001.
- NYGREN, K. *et al.* Adolescent self-reported health in relation to school factors: a multilevel analysis. *The Journal of School Nursing*, Scarborough, ME, v. 30, n. 2, p. 114-122, Apr. 2014.
- NUNES, E. *et al.* *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Lisboa: DGS, 2013.
- NYLUND, K. *et al.* Subtypes, severity, and structural stability of peer victimization: what does latent class analysis say? *Child development*, Chicago, v. 78, n. 6, p. 1706-1722, Nov.-Dec. 2007.
- OBRDALJ, E. C. *et al.* Trauma symptoms in pupils involved in school bullying - a cross sectional study conducted in Mostar, Bosnia and Herzegovina. *Collegium antropologicum*, Zagreb, Croatia, v. 37, n. 1, p. 11-16, Mar. 2013.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Características da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar-PeNSE, *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online], Brasília, v. 26, n. 3, p. 605-616, Sept. 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000300017>. Citado em: 5 mar. 2018.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* Associações entre a prática de *bullying* e variáveis individuais e de contexto na perspectiva dos agressores = Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 92, n. 1, p. 32-39, 2016.

OLIVEIRA, W. A. *et al.* Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, p. 116-130, 2014. Supl. 1.

OLWEUS, D. *Bullying at school: what we know and what can we do*. Malden, MA: Blackwell, 1993.

OLWEUS, D. Bully/victim problems in school: facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, [s.l.], v. 12, n. 4, p. 495-510, 1997.

OLWEUS, D. School bullying: development and some important challenges. *Annual review of clinical psychology*, Palo Alto, California, v. 9, p. 751-780, Jan. 2013.

ONG, A. D.; FULLER-ROWELL, T.; BURROW, A. L. Racial discrimination and the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, Washington, DC, v. 96, n. 6, p. 1259-1271, Jun 2009. Disponível em: doi: 10.1037/a0015335. Acesso em: 13 mar. 2018.

PAULA, C. S. *et al.* Saúde mental e violência entre estudantes da sexta série de um município paulista = Mental health and violence among sixth grade students from a city in the state of São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 524-528, Apr. 2008.

PAULA E SILVA, J. M. A.; SALLES, L. M. F. A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção. *Educar em Revista*, Curitiba, n. spe 2, p. 217-232, 2010.

PEARCE, J. B.; THOMPSON, A. E. Practical approaches to reduce the impact of bullying. *Archives of disease in childhood*, London, v. 79, n. 6, p. 528-531, Dec. 1998.

PECHANISKY, F.; SZOBOT, C. M.; SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 26, p. 14-17, maio 2004. Supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a05v26s1.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2018.

PEDHAZUR, E. J.; SCHMELKIN, L. P. *Measurement, design, and analysis: an integrated analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991.

PEGUERO, A. A. Bullying victimization and extracurricular activity. *Journal of school violence*, Binghamton, NY, v. 7, n. 3, p. 71-85, 2008.

PELEG-OREN, N. *et al.* An association between bullying behaviors and alcohol use among middle school students. *The Journal of Early Adolescence*, v. 32, n. 6, Dec. 2012.

PELTONEN, K. *et al.* Parental violence and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Germany, v. 19, n. 11, p. 813-822, Nov. 2010.

PIGOZI, P. L.; MACHADO, A. L. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3509-3522, 2015.

PINGOELLO, I.; Horiguela, M. L. M. “Bullying” na sala de aula. *De Jure: revista jurídica do Ministério Público do Estado de Minas Gerais*, Belo Horizonte, n. 15, p. 145-156, jul./dez. 2010.

PINSKY, I. *et al.* Patterns of alcohol use among Brazilian adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v.32, n.3, p. 242-249, 2010.

POWERS, W. J. *et al.* 2015 American Heart Association/American Stroke Association focused update of the 2013 guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke regarding endovascular treatment: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, Dallas, v. 46, n. 10, p. 3020-3035, Oct. 2015.

RADZIK, M.; SHERER, S.; NEINSTEIN, L. Psychosocial development in normal adolescents. In: NEINSTEIN, L. S. *et al.* *Adolescent health care: a practical guide*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. Chapter 2.

REBOUSSIN, B. A. *et al.* A latent class analysis of underage problem drinking: evidence from a community sample of 16–20 year olds. *Drug and alcohol dependence*, Ireland, v. 83, n. 3, p. 199-209, Jul. 2006.

RECH, R. R. *et al.* Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *Jornal de Pediatria* (Rio de Janeiro), Porto Alegre, v. 89, n. 2, p. 164-170, Apr. 2013.

RESTUM ANTONIO, E. M.; PEREIRA FONTES, T. M. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. *Revista Bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, p. 280-287, 2012.

RIBEIRO, J. L. P. *Introdução à psicologia da saúde*. Salvador: Quarteto, 2005. (Coleção Psicologias).

ROCHA, M. O. *et al.* Bullying e o papel da sociedade. *Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT*, Aracaju, v. 1, n. 2, p. 191-199, mar. 2013.

ROMANÍ, F.; GUTIÉRREZ, C.; LAMA, M. Auto-reporte de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, Lima, v. 15, n. 2, p. 1-8, mayo-ago. 2011.

SAMPAIO, J. M. C. *Bullying no contexto escolar: avaliação de um programa de intervenção*. 2015. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

SAMPASA-KANYINGA, H.; WILLMORE, J. Relationships between bullying victimization psychological distress and breakfast skipping among boys and girls. *Appetite*, England, v. 89, p. 41-46, Jun. 2015.

SANTANA, C.; COSTA, B. L. D. Opressão nas escolas: o bullying entre estudantes do ensino básico. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 46, n. 161, p. 638-663, Sept. 2016.

SANTOS, J. A. *et al.* Prevalência e Tipos de *Bullying* em Escolares Brasileiros de 13 a 17 anos. *Revista de Salud Pública*, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 173-183, Mar. 2014.

SAWYER, S. M. *et al.* Adolescence: a foundation for future health. *Lancet*, London, v. 379, n. 9826, p. 1630-1640, Apr. 2012.

SCUTTI, C. S. *et al.* O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o *bullying*. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, Sorocaba, v. 16, n. 3, p. 130-133, 2014.

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

SENNA, S.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psicologia: teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, mar. 2012.

SILVA, A. B. B. *Bullying – Cartilha 2010 - Projeto justiça nas escolas*. Brasília: Conselho Nacional de Justiça, 2010.

SILVA, A. B. B. *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2015.

SILVA, J. L.; ALVES, Q. R.; IOSSI, S. M. A. Experiences and perceptions of discrimination related to *bullying* among Brazilian students. *Maltrattamento e Abuso All'infanzia*, Itália, v. 18, n. 1, p. 29-57, Mar. 2016.

SILVA, J. L. *et al.* Vitimização por *bullying* em estudantes brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do escolar (PENSE). *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e0310017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072018000300317&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 3 mar. 2018.

SILVA, K. S.; LOPES, A. S.; SILVA, F. M. Comportamentos sedentários associados ao excesso de peso corporal. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-141, abr./jun. 2007.

SILVA, R. A. *et al.* Prevalência e fatores associados a porte de arma e envolvimento em agressão física entre adolescentes de 15 a 18 anos: estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 2737-2745, Dec. 2009.

SILVA, S. É. D.; PADILHA, M. I. O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. *Texto & contexto-enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 576-584, Sept. 2013.

SILVA, S. L. B.; CAMINHA, I. O. Desempenho motor, imagem corporal e bullying escolar. *Revista Tempos e Espaços em Educação*, São Cristóvão, SE, v. 7, n. 13, p. 45-54, maio/ago. 2014.

SMITH, P. K. Intimidação por colegas e maneiras de evitá-la. In: DEBARDIEUX, E.; BLAYA, C. (org.). *Violência nas escolas e políticas públicas*. Brasília, DF: UNESCO, 2002. p. 187-205.

SPRINTHALL, N. A.; COLLINS, W. A. *Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista*. Tradução: Cristina Maria Coimbra Vieira. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação e Bolsas, 1999.

STATA CORPORATION. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station (TX): Stata Corporation, 2014.

STEINBERG, L. Risk taking in adolescence: new perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, Washington, DC, v. 16, n. 2, p. 55-59, Apr. 2007.

STEINBERG, L. *et al.* Age differences in future orientation and delay discounting. *Child development*, United States, v. 80, n. 1, p. 28-44 Jan.-Feb. 2009.

STEINBERG, L. D. *Adolescence*. Boston; Montreal: McGraw-Hill Higher Education, 2008.

STELKO-PEREIRA, A. C.; WILLIAMS, L. C. A. Reflexões sobre o conceito de violência escolar e a busca por uma definição abrangente. *Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p. 45-55, 2010.

STERN, C.; GARCÍA, E. *Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente*. México: El Colegio de México. Programa de Salud Reproductiva y Sociedad, 1999. (Serie: Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción; 13).

STRAUCH, E. S. *et al.* Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 647-655, 2009

SWAHN, M. H.; DONOVAN, J. E. Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *Journal of Adolescent Health*, New York, v. 34, n. 6, p. 480-492, Jun. 2004

TEIXEIRA, G. *Manual antibullying: para alunos, pais e professores*. Rio de Janeiro: Best Seller, 2014.

THARP-TAYLOR, S.; HAVILAND, A.; D'AMICO, E. J. Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addictive Behaviors*, Oxford, v. 34, v. 6-7, p. 561-567, Jun.-Jul. 2009.

TTOFI, M. M. *et al.* Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, England, v. 3, n. 2, p. 63-73, 2011.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: a Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.

VELHO, M. T. A. C.; QUINTANA, A. M.; ROSSI, A. G. Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. *Revista Bioética*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 76-84, Apr. 2014.

VERGEL ORTEGA, M.; MARTÍNEZ LOZANO, J. J.; ZAFRA TRISTANCHO, S. L. Factores asociados al bullying en instituciones de educación superior. *Revista Criminalidad*, Bogotá, v. 58, n. 2, p. 197-208, Aug. 2016.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 175-187, Jan. 2013.

VIEIRA, D. L. *et al.* Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, p. 396-403, jun. 2007.

VIEIRA, P. C. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, nov. 2008.

VILJIA, M.; ROMUALDAS, M. Unhealthy food in relation to posttraumatic stress symptoms among adolescents. *Appetite*, London, v. 74, p. 86-91, Mar. 2014.

VILLELA, W. V.; DORETO, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens = Young people's sexual experience. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467-2472, nov. 2006.

VITIELLO, N. *et al.* *Adolescência hoje*. São Paulo: Roca, 1988.

WANG, J.; IANNOTTI, R. J.; NANSEL, T. R. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *Journal of Adolescent Health*, United States, v. 45, n. 4, p. 368-375, Oct. 2009.

WENDT, G. W. M.; LISBOA, C. S. M. Agressão entre pares no espaço virtual: definições, impactos e desafios do *cyberbullying*. *Psicologia clínica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 73-87, 2013.

WYNNE, S. L.; JOO, H-J. Predictors of school victimization: individual, familial, and school factors. *Crime & Delinquency*, United States, v. 57, n. 3, p. 458-488, May 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis*. Geneva: WHO, 2014a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Inequalities in Young People's Health*. Health Behaviour in School-aged Children. International Report from the 2005/2006 Survey. Health Policy for Children and Adolescents, n. 5. Copenhagen: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Management of Substance Abuse Unit*: Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO, 2014b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva: WHO, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The world health report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO, 2002.

YANG, S-J. *et al.* Differences in predictors of traditional and cyber-bullying: a 2-year longitudinal study in Korean school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Germany, v. 22, n. 5, p. 309-318, May 2013.

YODER, J. D. *Women and gender: transforming psychology*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, 1999.

YOUNGBLADE, L. M. *et al.* Risk and promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, United States, v. 119, S47-53, Feb 2007. Suppl. 1.

ZAINE, I.; REIS, M. J. D.; PADOVANI, R. C. Comportamentos de *bullying* e conflito com a lei. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 27, n. 3, p. 375-382, July/Sept. 2010.

ZANELATTO, C. *Consumo alimentar e bullying entre escolares no município de Florianópolis/SC*. 2014. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

ZELLER, M. H.; REITER-PURTILL, J.; RAMEY, C. Negative peer perceptions of obese children in the classroom environment. *Obesity*, Silver Spring, MD, v. 16, n. 4, p. 755-762, Apr. 2008.

ZEQUINÃO, M. A. *et al.* Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 42, n 1, p. 181-198, 2016.