



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Carvalho Malta Mello, Flávia; da Silva, Jorge Luiz; Abadio de Oliveira, Wanderlei; Ruscitto
do Prado, Rogério; Carvalho Malta, Deborah; Iossi Silva, Marta Angélica
A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional
de Saúde do Escolar 2015
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 9, septiembre, 2017, pp. 2939-2948
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63052677015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015

The practice of bullying among Brazilian schoolchildren and associated factors, National School Health Survey 2015

Flávia Carvalho Malta Mello ¹

Jorge Luiz da Silva ¹

Wanderlei Abadio de Oliveira ¹

Rogério Ruscitto do Prado ²

Deborah Carvalho Malta ³

Marta Angélica Iossi Silva ¹

Abstract This study explored associations between bullying and sociodemographic, mental health and risk behavior variables in school age children. This cross-sectional survey analyzed data from the National School Health Survey (PeNSE 2015). A multiple logistic regression analysis checked for factors associated with bullying. Nineteen point eight percent (95%CI 10.5 - 20.0) of the students claimed they practiced bullying. The practice of bullying was more common among students enrolled in private schools, those living with their parents, and those whose mothers have more years of schooling and are gainfully employed (28.1% CI 27.3-28.8). In terms of mental health characteristics, bullying was more common among those feeling alone, suffering from insomnia and with no friends. Looking at family characteristics, those reporting they are physically punished by family members (33.09% CI 33.1-34.6) and miss school without telling their family (28.4% 95% CI 27.9-29.0) are more likely to practice bullying. Bullying was more frequent among those reporting tobacco, alcohol and drug use, and among students claiming to have had sexual relations. The data shows that bullying is significant and interferes in school children's health and the teaching-learning process. This must be addressed looking at youth as protagonists and in an inter-sectoral context.

Key words Bullying, Adolescents, Practicing bullying, Alcohol, Tobacco

Resumo O estudo objetivou verificar associações entre a prática de bullying com variáveis sociodemográficas, de saúde mental e de comportamentos de risco em escolares. O inquérito, de corte transversal, analisa dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015). Foi realizada análise de regressão logística múltipla para verificar fatores associados à prática de bullying. O autorrelato de praticar bullying foi referido por 19,8% (IC95% 19,5-20,0) dos estudantes. A prática foi mais frequente entre os que estudam na escola privada, cujas mães têm maior escolaridade, moram com os pais, os quais trabalham. Entre as características da saúde mental foi mais frequente a prática de bullying entre os que relatam solidão, insônia e não ter amigos. Dentre as características da família, os que relatam apanhar de familiares e os que faltam as aulas sem comunicar a família praticam mais bullying. A prática de bullying foi mais frequente em quem relata uso de tabaco, álcool, experimentar drogas e em escolares que relatam ter tido relação sexual. Neste cenário, os dados indicam que a prática do bullying é aspecto relevante que interfere no processo ensino-aprendizagem e na saúde dos escolares. Tornando-se necessário enfrentar no contexto da intersectorialidade e do protagonismo juvenil.

Palavras-chave Bullying, Adolescentes, Praticar bullying, Álcool, Tabaco

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Av. Bandeirantes 3900/72, Vila Monte Alegre. 14040-902 Ribeirão Preto SP Brasil. flaviamalta@usp.br

² Faculdade de Medicina, USP. São Paulo SP Brasil.

³ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

Introdução

O *bullying* se configurou nos últimos anos em um grave problema de saúde pública que afeta crianças e adolescentes em idade escolar^{1,2}. É um fenômeno caracterizado por comportamentos agressivos intencionais e repetitivos, baseado em relações com desequilíbrio de poder³. Inclui-se entre suas formas de manifestação as violências: física (bater ou chutar um colega, por exemplo); verbal (uso de apelidos que humilham, insultos ou xingamentos); e psicológica (amedrontar, perseguir, intimidar ou chantagear, entre outros comportamentos)³⁻⁵.

A prevalência do *bullying* escolar no mundo é grande. Recentemente, um grande inquérito epidemiológico envolvendo 79 países identificou que, aproximadamente, 30% dos estudantes apresentam relatos de vitimização por *bullying* nas escolas⁶. Esse inquérito também verificou relatos de quatro ou mais episódios de agressões físicas entre 10,7% dos meninos e 2,7% das meninas, no ano anterior à pesquisa⁶. Nos Estados Unidos, país com forte tradição na pesquisa sobre o fenômeno, a 2009 *Massachusetts Youth Health Survey* revelou que 8,4% de uma amostra de 2.948 estudantes do ensino médio haviam praticado algum tipo de agressão contra os colegas⁷. Na Europa, em países como Portugal e Itália, as taxas de prevalência de estudantes envolvidos em situações de *bullying* chegaram a 27,5% e 35%, respectivamente^{8,9}.

Na América Latina, o fenômeno também tem sido alvo de investigações, nos diferentes países, e segundo a literatura científica há um incremento de suas formas de manifestação que assumem aspectos mais severos e reflexos das desigualdades sociais¹⁰. Neste sentido, na Nicarágua, um estudo envolvendo 3.042 estudantes identificou que uma prevalência de *bullying* de 50,0%, sendo que 6,0% foram identificados como agressores¹¹. Dados do *Estudio Nacional de Prevención y Consumo de Drogas en Estudiantes de Secundaria de Perú* verificaram uma prevalência de agressão autorreferida de 37,5% em uma amostra de 65.041 estudantes peruanos¹².

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), em suas duas primeiras edições, também verificou taxas crescentes de envolvimento dos estudantes brasileiros em situações de *bullying*, sendo que 5,4% dos estudantes relataram o ter sofrido nas capitais brasileiras em 2009 e 7,2% em 2012¹³⁻¹⁶.

Diante desse cenário, observa-se que o aumento nas taxas de prevalência desse tipo de

violência na escola no continente indica que ela está se tornando mais sistemática e aceita como a norma para as relações sociais e as maneiras de resolver conflitos entre crianças e adolescentes¹⁷. Além disso, percebem-se lacunas na literatura científica, sobretudo no que se refere ao papel dos estudantes identificados como agressores nas situações de *bullying*, pois a maioria dos estudos possuem foco na vitimização e no relato das experiências das vítimas^{18,19}.

Essa abordagem sobre o papel dos agressores é importante na medida em que se comprehende que eles também sofrem as consequências do fenômeno e contribuem com a sua manutenção nos ambientes escolares. Esses estudantes também apresentam problemas de aprendizagem e podem iniciar a vida sexual precocemente, consumir álcool e outras drogas, participar de gangues e outros movimentos negativos em relação à escola e seus membros, adotar condutas infracionais e, na idade adulta, podem se envolver em situações de criminalidade e violência doméstica¹⁸⁻²¹.

Em geral, estudos indicam que os comportamentos antisociais e o uso de álcool e outras drogas são associados à prática de *bullying*^{22,23}. Além disso, os agressores podem apresentar dificuldades emocionais, relações problemáticas com colegas e dificuldades na adaptação ao ambiente escolar¹⁸.

Esses aspectos justificam análises sobre o papel do agressor na dinâmica do *bullying* e quais as variáveis interferem no processo ensino-aprendizagem e na saúde desses escolares ou se relacionam ao comportamento agressivo. Dessa forma, este estudo objetivou verificar associações entre a prática de *bullying* com variáveis sociodemográficas, de saúde mental e de comportamentos de risco para a saúde no contexto da terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015)²⁴.

Metodologia

O estudo analisou dados da PeNSE 2015, inquérito de corte transversal realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde, entre escolares matriculados e frequentando regularmente escolas públicas e privadas no país no 9º ano escolar. A Amostra de escolares do 9º ano ensino fundamental é representativa de Brasil, 27 Unidades Federadas, municípios das capitais e Distrito Federal²⁴.

Participaram da amostra em 2015, 124.227 alunos matriculados em 3.160 escolas, e 4.418 turmas. Foram coletados dados de 3.040 escolas, com 4.159 turmas, e eram frequentes 120.122 alunos. No dia da coleta os alunos que de fato responderam ao questionário foram 102.301 alunos. Considerando os escolares frequentes, a perda amostral foi de cerca de 8,5%²⁴.

Foram utilizados três estágios de seleção, no primeiro foram selecionados os municípios ou grupos de municípios (Unidade Primária de Amostragem - UPA), no segundo as escolas (Unidade Secundária de Amostragem - USA), e no terceiro as turmas (Unidade Terciária de Amostragem - UTA). Todos alunos presentes no dia da coleta, nas turmas sorteadas, foram convidados a participar da pesquisa²⁴.

Considerou-se o modelo conceitual de que estão associados à prática do *bullying* fatores demográficos, fatores relacionados à saúde mental (solidão, insônia, e não ter amigos), situações familiares como (morar com os pais, supervisão familiar, violência familiar, faltar as aulas), comportamentos de risco (uso de substâncias psicoativas) e ter tido relação sexual. Alguns fatores como protetores e outros aumentando a chance do evento¹⁸.

Assim, foi investigado o desfecho de praticar *bullying* – segundo a pergunta: (NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, você esculachou, zoou, mangou, intimidou, ou caçou de algum dos seus colegas na escola, tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?). SIM ou NÃO.

Foram testadas associações com as seguintes variáveis:

I) No módulo de características sociodemográficas foram analisadas as seguintes variáveis independentes: a) sexo (categorizada em: *masculino* e *feminino*); b) idade (categorizada em: ≤ 13 anos, 13 anos, 14 anos, 15 anos, e 16 anos e mais); e c) cor da pele (categorizada em: *branca*, *preta*, *parda*, *amarela*, e *indígena*), Escolas (pública ou privada), escolaridade da mãe (Sem escolaridade, Primário (incompleto/completo), Secundário (incompleto/completo), Superior (incompleto/completo), trabalha atualmente (sim, não), *Remuneração pelo trabalho* (sim, não).

II) No módulo contexto familiar foram analisadas as seguintes variáveis: a) Morar com mãe e/ou pai – Categorizada como *sim* (escolares que residem com pai e mãe, residem só com a mãe, ou residem só com pai); ou *não* (residir sem pai e mãe); b) Supervisão familiar – Categorizada em: *sim* (na maior parte do tempo, sempre pais ou

responsáveis sabiam realmente o que o adolescente estava fazendo); ou *não* (nunca, raramente, às vezes); c) Faltar às aulas sem autorização – Categorizada em *não* (nunca); ou *sim* (1 ou 2 vezes; 3 ou mais vezes nos últimos 30 dias);

III) No módulo de saúde mental foram analisadas como variáveis independentes: a) Sentir-se sozinho – agregada em *não* (nunca, às vezes nos últimos 12 meses); *sim* (na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses); b) Insônia – agregada em *não* (nunca, às vezes nos últimos 12 meses); ou *sim* (na maioria das vezes, sempre nos últimos 12 meses); c) Amigos – categorizada como *não* (nenhum); ou *sim*: (1, 2, 3, ou mais amigos).

Comportamentos de risco – Uso do tabaco nos últimos 30 dias, ou regular (sim, não), Uso do Álcool regular, uso nos últimos 30 dias (sim, não), *Drogas experimentação na vida* (sim, não). Ter tido *Relação sexual* (sim, não).

Incialmente, realizou-se o cálculo da prevalência de praticar *bullying* segundo as variáveis sociodemográficas, variáveis explicativas do contexto familiar, violência familiar, saúde mental, comportamentos de risco e relação sexual. Posteriormente, procedeu-se a análise bivariada, calculando-se os *Odds Ratios* (ORs) não ajustados, empregando-se regressão logística simples com nível de significância de 0,05. Por último, realizou-se análise de regressão logística multivariada para o desfecho examinado, inserindo no modelo as variáveis independentes que apresentaram associação com o desfecho, calculando-se os ORs ajustados (ORa), com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Para todas as análises foram considerados a estrutura amostral e os pesos para obtenção de estimativas populacionais. Os dados foram analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS, versão 20 e empregado o delineamento complexo de amostragem, utilizando módulo de amostragem complexa (CSAMPLE – complex samples).

Os estudantes foram informados sobre a pesquisa, sua livre participação e que poderiam interromper a mesma caso não se sentissem a vontade para responder as perguntas. Caso concordassem, responderam a um questionário individual em um *smartphone* sob a supervisão de pesquisadores do IBGE. A PeNSE está em acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas do Ministério da Saúde (CONEP/MS), sob Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Resultados

O autorrelato de praticar *bullying* foi referido por 19,8% (IC95% 19,5-20,0) dos estudantes (Tabela 1), sendo mais frequente no sexo masculino 24,2% (IC95% 23,7-24,8), e aos 14, 15 e 16 anos, de raça preta 21,5% (IC95% 20,0-23,1) e amarela 21,0% (IC95% 19,3-23,0). A prática foi mais frequente entre os que estudam na escola privada, cujas mães têm maior escolaridade, não moram com os pais, os que trabalham (28,1% IC 27,3-28,8) e recebem pelo trabalho. Entre as características da saúde mental foi mais frequente a prática de *bullying* entre os que relatam solidão, insônia e não ter amigos. Dentre as características da família, os que relatam apanhar de familiares (33,98% IC 33,1-34,6) e os que faltam as aulas sem comunicar a família (28,4% IC 95% 27,9-29) praticam mais *bullying*. Diferentemente, os que relatam supervisão familiar praticam menos 15,6 IC 95% 15,3-15,9). Dentre os que relatam comportamentos de risco, a prática de *bullying* foi mais frequente em quem informa uso de tabaco, álcool, experimentar drogas, bem como em escolares que disseram ter tido relação sexual.

Calculou-se OR Bruto (Tabela 2) e na análise multivariada ajustado por todas as variáveis do modelo, permaneceram associados e protetores à prática de *bullying*, escolares mais velhos, 15 anos (ORa = 0,88 IC 95% 0,82 – 0,94), escolares com 16 anos (ORa = 0,79 IC 95% 0,73 – 0,86), ser do sexo feminino (ORa = 0,55 IC 95% 0,53 – 0,57), ter mães com menor escolaridade: sem escolaridade (ORa = 0,86 IC 95% 0,79 – 0,93), Primário (incompleto/completo) (ORa = 0,93 IC 95% 0,88 – 0,96), Secundário (incompleto/completo) (ORa = 0,93 IC 95% 0,89 – 0,98) e filhos que relatam a supervisão dos pais (ORa = 0,64 IC 95% 0,61 – 0,66). Permaneceram associados e aumentando a chance de praticar *bullying* estudar em escola privada (ORa 1,25; IC95%:1,18-1,32), trabalhar atualmente (ORa 1,24 IC95% 1,18-1,31), os que relataram sentir-se solitários (ORa 1,12 IC95% 1,06-1,18), com insônia (ORa 1,14 IC95% 1,07-1,21), ter sofrido violência física familiar (ORa 1,81 IC95% 1,72-1,90) e faltar as aulas (ORa 1,37 IC95% 1,31-1,43). Dentre os comportamentos de risco, praticaram mais *bullying* quem teve uso regular do tabaco (ORa 1,28 IC95% 1,18-1,38), uso regular do álcool (ORa 1,72 IC95% 1,65-1,80), experimentou drogas (ORa 1,47 IC95% 1,38-1,57), teve relação sexual (ORa 1,27 IC95% 1,21-1,33).

Discussão

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores associados à prática de *bullying* no Brasil. Os resultados indicaram que cerca de um quinto dos escolares o praticaram. Os agressores eram mais do sexo masculino, estudantes de escolas privadas e filhos de mães com maior escolaridade. Eles relataram mais comportamentos de risco à saúde (consumo de tabaco, álcool, drogas e relação sexual precoce), problemas de saúde mental (insônia e solidão) e falta às aulas, com diferença estatisticamente significativa em relação aos não agressores. No contexto familiar, também se distinguem significativamente dos estudantes não agressores por sofrerem mais violência física. A supervisão familiar mostrou-se protetora de praticar *bullying*.

A maior prevalência de agressores do sexo masculino é confirmada por outros estudos nacionais e internacionais^{19,25-28}. Uma possível explicação é que, independentemente das diferenças socioculturais entre os países ou regionais dentro de uma mesma nação, os meninos possuem estilos de interação mais agressivos com seus pares em comparação com as meninas^{29,30}. A menor proporção de *bullying* praticado pelos estudantes mais velhos também se coaduna com a literatura. Uma metanálise recente identificou que os estudantes mais novos se envolvem mais na prática de *bullying*³¹. Outros estudos também indicam que as agressões diminuem com a idade, apesar de um pico aos 11-12 anos^{19,32}.

Como todos os participantes desta pesquisa pertencem ao mesmo ano escolar, o resultado indica que os mais velhos não se utilizam de seu maior desenvolvimento físico para intimidar os seus colegas mais novos. Talvez isso ocorra porque eles compreendam melhor a natureza prejudicial do *bullying* ou porque as agressões por eles praticadas possam ser interpretadas pelos professores como possuindo maior gravidade e assim receberem punições mais severas ou então percebidas pelos colegas como sendo covardia por eles serem mais fortes fisicamente^{26,33}.

Os estudantes das escolas privadas praticam mais *bullying* em relação aos das públicas. Esse resultado demonstra que se trata de um fenômeno que ultrapassa diferenças socioeconômicas, conforme anteriormente apresentado na edição da PeNSE, realizada no ano de 2012¹⁸. Outro estudo brasileiro identificou que o *bullying* era mais praticado pelos estudantes de escolas privadas, embora sem diferença significativa³⁴.

Tabela 1. Prevalência da ocorrência da prática de *bullying* entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental e OR Bruto, segundo fatores sociodemográficos, variáveis do contexto familiar, saúde mental e comportamentos de risco. Brasil, 2015.

Variável	Praticar <i>Bullying</i>						p	
	%	IC (95%)		OR	IC (95%)			
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		
Total	19,8	19,5	20,0					
Idade								
< 13	16,3	13,0	20,3	0,87	0,66	1,13	0,292	
13	18,4	17,5	19,3	1,0				
14	19,3	18,5	20,1	1,06	1,02	1,11	0,007	
15	21,2	20,3	22,2	1,20	1,14	1,26	< 0,001	
16 e mais	21,9	21,1	22,7	1,25	1,18	1,32	< 0,001	
Sexo								
Masculino	24,2	23,7	24,8	1,74	1,68	1,79	< 0,001	
Feminino	15,6	15,3	15,9	1,00				
Raça								
Branca	19,5	18,2	21,0	1,00				
Preta	21,5	20,0	23,1	1,13	1,08	1,19	< 0,001	
Amarela	21,0	19,3	23,0	1,10	1,02	1,19	0,018	
Parda	19,3	17,9	20,7	0,98	0,95	1,02	0,349	
Indígena	20,5	19,1	21,9	1,06	0,97	1,16	0,194	
Escola								
Pública	19,5	18,9	20,2	1,00				
Privada	21,2	20,6	21,9	1,11	1,07	1,16	< 0,001	
Escolaridade da mãe								
Sem escolaridade	19,5	18,3	20,7	0,90	0,83	0,97	0,004	
Primário (incompleto/completo)	19,5	18,8	20,2	0,90	0,86	0,94	< 0,001	
Secundário (incompleto/completo)	19,5	18,8	20,3	0,90	0,86	0,94	< 0,001	
Superior (incompleto/completo)	21,2	20,7	21,8	1,00				
Mora com mãe e ou pai								
Não	20,8	19,8	21,9	1,00				
Sim	19,7	19,5	20,0	0,94	0,88	1,00	0,044	
Trabalha atualmente								
Não	18,5	17,9	19,1	1,00				
Sim	28,1	27,3	28,8	1,72	1,65	1,79	< 0,001	
Remuneração pelo trabalho								
Não	18,7	18,0	19,3	1,00				
Sim	27,9	27,1	28,7	1,69	1,62	1,76	< 0,001	
Sentir-se solitário								
Não	19,0	18,4	19,6	1,00				
Sim	23,6	23,0	24,3	1,32	1,27	1,37	< 0,001	
Insônia								
Não	19,0	18,4	19,8	1,00				
Sim	25,5	24,7	26,3	1,45	1,39	1,52	< 0,001	
Amigos								
1 ou mais	19,7	18,5	20,8	1,00				
Não tenho	22,3	21,1	23,6	1,18	1,09	1,26	< 0,001	

continua

Tabela 1. continuação

Variável	%	Praticar Bullying				p	
		IC (95%)		OR	IC (95%)		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Apanhar (familiar)							
Não	17,4	16,8	17,9	1,00			
Sim	33,8	33,1	34,6	2,43	2,34	2,53	<0,001
Supervisão familiar							
Não	27,9	27,3	28,5	1,00			
Sim	15,6	15,3	15,9	0,48	0,46	0,49	<0,001
Faltar às aulas							
Não	17,2	16,7	17,6	1,00			
Sim	28,4	27,9	29,0	1,92	1,85	1,98	<0,001
Tabaco regular							
Não	18,4	17,6	19,3	1,00			
Sim	42,4	41,1	43,7	3,25	3,08	3,43	<0,001
Álcool regular							
Não	16,0	15,6	16,5	1,00			
Sim	31,9	31,3	32,5	2,46	2,38	2,54	<0,001
Drogas experimentação							
Não	17,9	17,2	18,6	1,00			
Sim	38,8	37,8	39,8	2,91	2,78	3,04	<0,001
Relação sexual							
Não	16,3	15,8	16,7	1,00			
Sim	29,0	28,4	29,5	2,10	2,03	2,17	<0,001

Os resultados referentes à escolaridade da mãe indicaram que quanto maior a escolaridade de materna, maiores as chances de o filho ser um agressor. Trata-se de um dado surpreendente, uma vez que se espera que as mães com maior escolaridade possuam mais conhecimentos sobre como educar os filhos, impor limites adequados, supervisioná-los e auxiliá-los em suas necessidades ou dificuldades nas interações com colegas na escola³⁵. Os agressores sofrerem mais violência doméstica, o que é esperado e confirmado por estudos nacionais e internacionais^{18,36,37}. Entretanto, são práticas parentais incompatíveis com as esperadas de mães com maior escolaridade. Por outro lado, a supervisão dos pais mostrou-se protetora da prática do *bullying*, semelhante ao descrito na literatura¹⁴.

Métodos disciplinares mais punitivos pre-dispõem os estudantes a praticarem *bullying*³⁸, por eles aprenderam por observação na família a utilizarem estratégias agressivas na resolução de conflitos. Esse padrão de comportamento passa então a se expressar nas relações interpessoais es-

tabelecidas na escola³⁵, o que é preocupante, pois estudos demonstram que os problemas de conduta dos agressores podem se agravar ao longo do tempo e evoluírem para situações de conflito com a lei, por exemplo^{19,39}. Para além dos problemas comportamentais, de modo geral, os agressores também apresentam problemas de desempenho escolar, sentimentos de aversão à escola e problemas de frequência¹⁸. Neste estudo ficou confirmado que eles faltam mais às aulas, o que pode indicar que eles possuem atitude negativa em relação à escola ou apresentam outros problemas escolares.

A literatura indica que problemas familiares ou escolares, tais como os apresentados pelos estudantes que praticam *bullying* deste estudo, os predispõem a desejarem trabalhar, o mesmo acontecendo para aqueles que já apresentam problemas de comportamento e prática de violência⁴⁰. Isso pode estar ligado à situações socioeconômicas, gerando demandas por contribuir na renda familiar. O trabalho pode oportunizar maior contatos com adultos e maior frequência

Tabela 2. Fatores de risco associados a praticar *bullying* entre escolares do 9º ano do ensino fundamental. Brasil, 2015.

Variável	OR _a	IC (95%)		p
		Inferior	Superior	
Idade				
< 13	0,90	0,65	1,23	0,499
13	1,00			
14	1,02	0,97	1,08	0,478
15	0,88	0,82	0,94	< 0,001
16 e mais	0,79	0,73	0,86	< 0,001
Sexo				
Masculino	1,00			
Feminino	0,55	0,53	0,57	< 0,001
Escola				
Pública	1,00			
Privada	1,25	1,18	1,32	< 0,001
Escolaridade da mãe				
Sem escolaridade	0,86	0,79	0,93	< 0,001
Primário (incompleto/completo)	0,93	0,88	0,98	0,010
Secundário (incompleto/completo)	0,93	0,89	0,98	0,010
Superior (incompleto/completo)	1,00			
Trabalha atualmente				
Não	1,00			
Sim	1,24	1,18	1,31	< 0,001
Sentir-se solitário				
Não	1,00			
Sim	1,12	1,06	1,18	< 0,001
Insônia				
Não	1,00			
Sim	1,14	1,07	1,21	< 0,001
Apanhar (familiar)				
Não	1,00			
Sim	1,81	1,72	1,90	< 0,001
Supervisão familiar				
Não	1,00			
Sim	0,64	0,61	0,66	< 0,001
Faltar às aulas				
Não	1,00			
Sim	1,37	1,31	1,43	< 0,001
Tabaco regular				
Não	1,00			
Sim	1,28	1,18	1,38	< 0,001
Álcool regular				
Não	1,00			
Sim	1,72	1,65	1,80	< 0,001
Drogas experimentação				
Não	1,00			
Sim	1,47	1,38	1,57	< 0,001
Relação sexual				
Não	1,00			
Sim	1,27	1,21	1,33	< 0,001

de comportamentos de risco como o consumo de álcool, tabaco e drogas, dados também identificados por este estudo. Uma investigação desenvolvida nos Estados Unidos identificou maior probabilidade de uso de tabaco, álcool e maconha entre estudantes envolvidos em situações de *bullying* como agressores e vítimas⁴¹. Outro estudo, desenvolvido na Itália, verificou maiores riscos de uso de álcool e tabaco entre estudantes envolvidos no *bullying* em comparação aos não envolvidos⁴². Conforme identificado neste estudo, a iniciação sexual precoce e a prática mais frequentemente de atividade sexual na adolescência é um outro comportamento de risco relacionado aos agressores⁴³.

A solidão experimentada em maior proporção pelos estudantes que praticam *bullying* pode decorrer da rejeição pelos pares que não aprovam as agressões que praticam. De modo geral, crianças e adolescentes agressivos são mais propensos a atribuírem intenções hostis às outras pessoas, buscando mais dominar a interação, em vez de manter relação⁴⁴. Isso colabora para que os agressores não sejam necessariamente estudantes populares⁴⁵. Outros estudos indicam a solidão como propiciadora de problemas de saúde mental, tais como ansiedade, depressão e baixa auto-estima^{46,47}. Esses dados, juntamente com aqueles referentes à insônia, alertam para a existência de sofrimento psíquico que repercute na qualidade de vida e no desenvolvimento psicossocial saudável dos estudantes agressores.

Algumas limitações deste estudo devem ser observadas, como o fato do inquérito da PeNSE utilizar exclusivamente o autorrelato dos estudantes, o que pode provocar respostas socialmente esperadas e diferenças de interpretação sobre o ato de praticar o *bullying* ou não. O instrumento usado na coleta de dados também não contemplava questões que diferenciassem os tipos de comportamentos de *bullying*, o que pode ter dificultado a identificação de práticas mais sutis. Noutra direção, os dados analisados são de origem transversal e, portanto, não indicam relações de causalidade ou de influências diretas das variáveis contempladas no estudo. Neste sentido, mesmo considerando o *bullying* um fenômeno global, os resultados deste estudo não podem ser generalizados para outros contextos socioculturais que não sejam o brasileiro.

No entanto, tal estudo se propõe a mostrar sua pertinência e relevância em debater e refletir sobre a prática do *bullying* no contexto escolar, uma vez que tal aspecto interfere no processo ensino-aprendizagem e na saúde dos escolares, bem como da necessidade de enfrentamento deste fenômeno por meio da intersetorialidade.

Conclusão

O estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à prática de *bullying* entre os escolares brasileiros e os resultados indicaram que há uma prevalência de 19,8% de agressores, sendo eles mais do sexo masculino, estudantes de escolas privadas e filhos de mães com maior escolaridade. Além disso, os achados mostraram que os agressores têm mais comportamentos de risco à saúde, tais como, consumo de tabaco, álcool, drogas e relação sexual precoce, além de problemas relacionados à saúde mental (insônia e solidão). Os mesmos faltaram mais às aulas e no contexto familiar, sofreram mais violência física e menos supervisão dos pais.

Evidencia-se que a escola continua sendo um ambiente de produção de violência escolar, entre elas o *bullying*, o que expõe os escolares a condição de vulnerabilidade tendo como fatores determinantes variáveis pessoais, familiares, escolares, sociais, e culturais.

Entretanto, é consenso que a escola não é a única responsável pela produção de violência, pois trata-se de um fenômeno complexo, dinâmico, multifacetado e multicausal, com raízes também em questões de ordem macrossociais e econômicas. Requerendo, desta forma, enfrentamentos por meio da valorização do protagonismo juvenil, do estímulo à participação social e reflexão, envolvendo alunos, educadores e famílias reconhecendo-os como sujeitos de necessidades e direitos e a saúde e a educação como direitos para a construção da cidadania.

Por conseguinte, ressalta-se que áreas da saúde e da educação, enquanto práticas sociais, necessitam estabelecer uma dimensão cuidadora na perspectiva da promoção à saúde individual e coletiva por meio da prática interdisciplinar e intersetorial.

Colaboradores

FCM Mello, participou da proposição do estudo, delineamento, análise e interpretação dos dados, preparou a primeira versão do artigo, trabalhou na sua revisão crítica e aprovou a versão a ser publicada. RR Prado, participou da análise estatística, trabalhou na sua revisão crítica e aprovou a versão final a ser publicada. DC Malta, JL Silva, WA Oliveira e MAI Silva, contribuíram na concepção do estudo, análise dos dados, análise crítica, revisão final do texto. Todos os autores aprovaram sua versão final.

Referências

1. Silva MAI, Silva JL, Pereira BO, Oliveira WA, Medeiros M. The view of teachers on *bullying* and implications for nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2014; 48(4):723-730.
2. Wu WC, Luu S, Luh DL. Defending behaviors, bullying roles, and their associations with mental health in junior high school students: a population-based study. *BMC Public Health* 2016; 16(1):1066.
3. Olweus D. School *bullying*: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology* 2013; 9(1):751-80.
4. Pigozi PL, Machado AL. *Bullying* na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3509-3522.
5. Silva JL, Oliveira WA, Bazon MR, Cecílio S. *Bullying* na sala de aula: percepção e intervenção de professores. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2013; 65(1):121-137.
6. Elgar FJ, McKinnon B, Walsh SD, Freeman J, D Donnelly P, Matos MG, Gariepy G, Aleman-Diaz AY, Pickett W, Molcho M, Currie C. Structural Determinants of Youth *Bullying* and Fighting in 79 Countries. *J Adolesc Health* 2015; 57(6):643-650.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Bullying among middle school and high school students: Massachusetts, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60(15):465-471.
8. Costa P, Farenzena R, Simões H, Pereira BO. Adolescentes portugueses e o *bullying* escolar: Estereótipos e diferenças de género. *Interacções* 2013; 9(25):180-201.
9. Gini G. *Bullying* in Italian Schools: An Overview of Intervention Programmes. *School Psychology International* 2004; 25(1):106-116.
10. Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Prom Int* 2010; 25(1):73-84.
11. Félix EMR, Alamillo RDR, Ruiz RO. Prevalencia y aspectos diferenciales relativos al género del fenómeno *bullying* en países pobres. *Psicothema* 2011; 23(4):624-629.
12. Romaní F, Gutiérrez C, Lama M. Auto-report de agresividad escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología* 2011; 15(2):1-8.
13. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Silva C, Sardinha LM, Crespo C, Carvalho MG, Silva MMA, Porto DL. *Bullying* nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2009. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):3065-3076.
14. Malta DC, Prado RR, Dias AJR, Mello FCM, Silva MAI, Costa MR, Caiaffa WT. *Bullying* and associated factors among Brazilian adolescents: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):131-145.
15. Malta DC, Porto DL, Crespo CD, Silva MMA, Andrade SSC, Mello FCM, Monteiro RA, Silva MAI. *Bullying* in Brazilian school children: analysis of the National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):92-105.
16. Mello FCM, Malta DC, Santos MG, Silva MMA, Silva MAI. Evolução do relato de Sofrer *bullying* entre escolares brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde - 2009 a 2015. *Rev Bras Epidemiol* No prelo 2017.

17. Delprato M, Akyeampong K, Dunne M. The impact of bullying on students' learning in Latin America: A matching approach for 15 countries. *International Journal of Educational Development* 2017; 52:37-57.
18. Oliveira WA, Silva MAI, Silva JL, Mello FCM, Prado RR, Malta DC. Associations between the practice of *bullying* and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. *J Pediatr (Rio J)* 2016; 92(1):32-39.
19. Silva JL, Oliveira WA, Bono EL, Dib MA, Bazon MR, Silva MAI. Associações entre *Bullying* Escolar e Conduita Infraçional: Revisão Sistemática de Estudos Longitudinais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 2016; 32(1):81-90.
20. Hansen TB, Steenberg LM, Palic S, Elklit A. A review of psychological factors related to bullying victimization in schools. *Aggression and Violent Behavior* 2012; 17(4):383-387.
21. Zaine I, Reis MDJDD, Padovani RDC. Comportamentos de *bullying* e conflito com a lei. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2010; 27(3):375-382.
22. Peleg-Oren N, Cardenas GA, Comerford M, Galea S. An Association Between Bullying Behaviors and Alcohol Use Among Middle School Students. *The Journal of Early Adolescence* 2010; 32(6):761-775.
23. Garcia-Contiente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, Adell MN. Bullying among schoolchildren: differences between victims and aggressors. *Gac Sanit* 2013; 27(4):350-354.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, (PeNSE), 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
25. Carrera-Fernández MV, Lameiras-Fernández M, Rodríguez-Castro Y, Vallejo-Medina P. Bullying among Spanish secondary education students: the role of gender traits, sexism, and homophobia. *J Interpers Violence* 2013; 28(14):2915-2940.
26. Silva MAI, Pereira BO, Mendonça D, Nunes B, Oliveira WA. The involvement of girls and boys with bullying: an analysis of gender differences. *Int J Environ Res Public Health* 2013; 10(12):6820-6831.
27. Sampaio JMC, Santos GV, Oliveira WA, Silva JL, MM, Silva MAI. Emotions of students involved in cases of bullying. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2):344-352.
28. Tippett N, Wolke D, Platt L. Ethnicity and bullying involvement in a national UK youth sample. *J Adolesc* 2013; 36(4):639-649.
29. Silva JL, Oliveira WA, Sampaio JMC, Farias MS, Alencastro LCS, Silva MAI. How do you feel? Students' emotions after practicing bullying. *Rev Eletr Enferm* 2015; 17(4):1-8.
30. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89(2):164-170.
31. Mitsopoulou E, Giovazolias T. Personality traits, empathy and bullying behavior: a meta-analytic approach. *Aggress Violent Behav* 2015; 21(2):61-72.
32. Alvarez-Garcia D, Garcia T, Nunez JC. Predictors of school bullying perpetration in adolescence: a systematic review. *Aggress Violent Behav* 2015; 23:126-136.
33. Juvonen J, Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *Annu Rev Psychol* 2014; 65:159-185.
34. Alcântara SC, González-Carrasco M, Montserrat C, Vinás F, Casas F, Abreu DP. Peer violence in the school environment and its relationship with subjective well-being and perceived social support among children and adolescents in Northeastern Brazil. *J Happiness Stud* 2017; 1-26.
35. Oliveira WA, Silva JL, Yoshinaga ACM, Silva MAI. Interfaces entre família e *bullying* escolar: Uma revisão sistemática. *Psico-USF* 2015; 20(1):121-132.
36. Tortorelli MFP, Carreiro LRR, Araújo MV. Correlações entre a percepção da violência familiar e o relato de violência na escola entre alunos da cidade de São Paulo. *Revista Psicologia Teoria e Prática* 2010; 12(1):32-42.
37. Foster H, Brooks-Gunn J. Neighborhood, family and individual influences on school physical victimization. *J Youth Adolesc* 2013; 42(10):1596-1610.
38. Bowes L, Arseneault L, Maughan B, Taylor A, Caspi A, Moffitt TE. School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: a nationally representative longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(5):545-553.
39. Silva JL, Bazon MR. Educação escolar e conduta infraçional em adolescentes: revisão integrativa da literatura. *Estud Psicol (Natal)* 2014; 19(4):278-287.
40. Staff J, Osgood DW, Schulenberg JE, Bachman JG, Messersmith EE. Explaining the relationship between employment and juvenile delinquency. *Criminology* 2010; 48(4):1101-1131.
41. Radliff KM, Wheaton JE, Robinson K, Morris J. Illuminating the relationship between bullying and substance use among middle and high school youth. *Addict Behav* 2012; 37(4):569-572.
42. Vieno A, Gini G, Santinello M. Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *J Sch Health* 2011; 81(7):393-399.
43. Hong JS, Voisin DR, Cho S, Espelage DL. Association among subtypes of bullying status and sexually-risky behaviors of urban African American adolescents in Chicago. *J Immigr Minor Health* 2016; 18(5):1007-1016.
44. Lösel F, Bliesener T, Bender D. Social information processing, experiences of aggression in social contexts, and aggressive behavior in adolescents. *Crim Justice Behav* 2007; 34(3):330-347.
45. Caravita SCS, Cillessen AHN. Agentic or Communal? Associations between interpersonal goals, popularity, and bullying in middle childhood and early adolescence. *Social Development* 2012; 21(2):376-395.
46. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, Molcho M, de Mato MG, Overpeck M, Due P, Pickett W; HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group; HBSC Bullying Writing Group. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health* 2009; 54(Supl. 2):216-224.
47. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: "much ado about nothing"? *Psychol Med* 2010; 40(5):717-729.