

Wanderlei Abadio de
Oliveira¹
Jorge Luiz da Silva²
Iara Falleiros Braga³
Flávia Carvalho Malta
de Mello⁴
Rogério Ruscitto do
Prado⁵
Marta Angélica Iossi
Silva⁶
Deborah Carvalho
Malta⁷

Variáveis associadas à prática do bullying em uma amostra nacional de estudantes

Variables associated with bullying in a national sample of students

RESUMO

Objetivo: Analisar comparativamente dados sobre a prática de *bullying* escolar entre meninos e meninas, considerando associações entre variáveis sociodemográficas, de contexto familiar, de saúde e de comportamentos de risco. **Métodos:** Participaram da pesquisa 102.301 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de todo território nacional. Os dados foram coletados em 2015 por meio de questionário autoaplicável, disponibilizado em aparelhos *smartphones*. Análises descritivas e multivariadas foram desenvolvidas. **Resultados:** Os meninos praticaram mais *bullying* que as meninas, 24,2% e 15,6%, respectivamente. A prática do *bullying* foi associada em ambos os sexos em relação às seguintes variáveis: faixa etária de 15 e 16 anos ou mais; cor da pele; estudar em escola privada; sentimentos de solidão; insônia; punição física; baixa supervisão parental; uso de tabaco, álcool e experimentação de drogas. A principal contribuição do estudo foi a identificação de que os estudantes que praticam *bullying*, independente do sexo, apresentam sofrimento e comportamentos de risco à saúde. **Conclusão:** Os resultados enfatizam a necessidade de programas *antibullying* com foco em aspectos multidimensionais, podendo ser utilizados para orientar e subsidiar ações de saúde nas escolas brasileiras.

PALAVRAS-CHAVE

Violência, saúde do adolescente, serviços de saúde escolar.

ABSTRACT

Objective: Analyze comparatively data on the practice of school bullying among boys and girls, considering associations between sociodemographic variables, family context, health and risk behaviors. **Methods:** A total of 102.301 students from the 9th grade of Elementary School of all Brasil participated in the study. Data were collected in 2015 through a self-report

¹Doutorado em Ciências (Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP). Em estágio de pós-doutoramento junto ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Doutorado em Ciências (Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP). Professor do Programa de Mestrado e Doutorado em Promoção de Saúde da Universidade de Franca (UNIFRAN). Franca, SP, Brasil.

³Doutorado em Ciências (Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP). Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.

⁴Doutorado em Ciências (Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública – EERP-USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵Doutorado em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil.

⁶Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁷Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

Wanderlei A. de Oliveira (wanderleio@hotmail.com) - Universidade de São Paulo - Avenida Bandeirantes, 3900. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, sala 72. CEP: 14040-902.
Submetido em 08/02/2018 - Aprovado em 01/04/2018

questionnaire, available on smartphones. Descriptive and multivariate analyzes were developed. **Results:** The boys practiced more bullying than the girls, 24.2% and 15.6%, respectively. The practice of bullying was associated in both sexes according to the following variables: age group of 15 and 16 years and over; skin color; studying in private school; feelings of loneliness; insomnia; physical punishment; low parental supervision; use of tobacco, alcohol, and drug testing. The main contribution of the study was that student that identification that students who practice bullying, regardless of gender, suffers and present suffering and present health risk behaviors. **Conclusion:** The results emphasize the need for antibullying programs that focus on multidimensional aspects, that can be used to guide and subsidize health actions in Brazilian schools.

➤ KEY WORDS

Violence, adolescent health, school health services.

➤ INTRODUÇÃO

O *bullying* é um problema de saúde pública identificado em todo o mundo¹. Trata-se de um tipo de violência caracterizada pela repetição e pela intencionalidade das agressões, bem como pelo desequilíbrio de poder existente entre agressores e vítimas². Diversos estudos documentam que não apenas sofrer *bullying*, mas também praticá-lo é prejudicial aos estudantes, ocasionando problemas na saúde, no funcionamento psicológico e nas relações interpessoais^{3,4}. Ser um agressor foi associado a crenças negativas sobre os outros, insegurança, insônia, uso de tabaco, álcool, outras drogas, prática de violência familiar, evasão escolar, conduta infracional, entre outros^{4,5}. Além disso, os agressores geralmente são oriundos de ambientes familiares assinalados por conflitos, aspecto que os tornam vulneráveis, podendo contribuir para que reproduzam os estilos familiares mais agressivos nas interações com os colegas na escola⁶.

Embora muitas pesquisas já tenham se dedicado ao estudo do *bullying* escolar, os agressores foram alvo de poucas delas, pois, em geral, as vítimas e o processo de vitimização são priorizados⁵. Da mesma forma, embora as diferenças de gênero sejam consideradas em relação à prevalência de *bullying* na maioria dos estudos, poucos são aqueles que investigam essas diferenças em relação a outras variáveis associadas à ocorrência desse fenômeno nas escolas. Por exemplo, um estudo canadense identificou associação entre *bullying* e uso de tabaco somente para as meninas⁷. Assim sendo, dada a importância do gênero na compreensão da

dinâmica do *bullying*, especialmente a partir da figura dos agressores cujos dados existentes são mais escassos em relação às vítimas, é fundamental explorar melhor o modo como meninos e meninas diferem em alguns aspectos associados à prática de *bullying*.

O objetivo deste estudo foi analisar comparativamente dados sobre a prática de *bullying* escolar entre meninos e meninas adolescentes, considerando associações entre variáveis socio-demográficas, de contexto familiar, de saúde e de comportamentos de risco.

MÉTODO <

A terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015) se trata de um inquérito epidemiológico de corte transversal, que coletou dados de escolares do 9º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas em todo o Brasil. Destaca-se que mais informações sobre o método e os procedimentos para definição do grupo amostral da pesquisa podem ser consultadas em publicação específica⁸.

Participantes

A amostra foi representativa de todo o Brasil e incluiu cidades dos 27 estados e do Distrito Federal. Participaram do estudo 102.301 estudantes. Os critérios para inclusão no estudo foram: ser estudante devidamente matriculado no 9º ano do Ensino Fundamental, estar presente no dia da coleta de dados e concordar com a participação na pesquisa.

Procedimentos

O questionário para coleta de dados foi aplicado de forma coletiva nas escolas durante o horário de aula. Todos os estudantes presentes na data de coleta foram convidados a participar da pesquisa. Agentes treinados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) administraram a aplicação do instrumento que estava inserido em *smartphones* com módulos temáticos que variavam em número de questões. Os estudantes receberam as orientações e responderam o instrumento cujo tempo médio de aplicação foi de 50 minutos.

Instrumento

O questionário da PeNSE abordava os seguintes temas: aspectos socioeconômicos; contexto social e familiar; experimentação e consumo de drogas; saúde sexual e reprodutiva; violências, segurança e acidentes; percepção da imagem corporal; entre outros. A mensuração relacionada ao *bullying* praticado foi obtido pela questão: "Nos últimos 30 dias, você esculachou, zombou, mangou, intimidou ou caçou algum de seus colegas da escola tanto que ele ficou magoado, aborrecido, ofendido ou humilhado?". As respostas foram categorizadas em NÃO (nunca, raramente, às vezes) e SIM (a maior parte do tempo, sempre).

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) e comportamentos de risco (uso de substâncias psicoativas)⁵. Assim sendo, foram testadas associações com as seguintes variáveis: sexo; idade; cor da pele; dependência administrativa das escolas; conformação familiar; supervisão familiar; falta às aulas sem autorização; sentimentos de solidão; quadro de insônia; indicação de relações de amizade; e comportamentos de risco (uso do tabaco, álcool ou drogas).

Análise dos dados

Inicialmente, por meio de estatística descritiva, realizou-se o cálculo da prevalência de se praticar *bullying*, segundo as variáveis sociodemográficas, de contexto familiar, violência familiar, saúde mental e comportamentos de risco. Posteriormente, a análise bivariada foi realizada, calculando-se os *OddsRatios* (ORs) não ajustados, empregando regressão logística bivariada. Por último, foi feita uma análise de regressão multivariada para o desfecho examinado, na qual foram inseridas as variáveis independentes que apresentaram associação com os desfechos em nível $p < 0,20$, calculando-se os ORs ajustados (ORa), com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Foram considerados no modelo final aquelas variáveis com nível de significância de 0,05. 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 *Nome do pacote* (SPSS), versão 20.

Questões éticas

Todas as orientações e recomendações éticas da Resolução 422/2012 foram observadas no desenvolvimento da pesquisa e a PeNSE foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas do Ministério da Saúde (CONEP/MS) – Parecer N° 1.006.467/2015.

RESULTADOS

Do total de participantes, 51,3% eram do sexo feminino e 48,7% do sexo masculino. A maioria possuía idade entre 13 e 15 anos (88,6%). O estudo identificou que 19,8% dos estudantes estavam envolvidos em situações de *bullying* como agressores. Dentre os meninos, o percentual de prática de *bullying* foi de 24,2% e entre as meninas 15,6%. O maior percentual de agressores foi identificado entre estudantes de escolas privadas (21,2%), ante os estudantes de escolas públicas (19,5%).

A análise bivariada apontou que os meninos com 15 anos de idade praticaram mais *bullying* (OR: 1,16; IC:1,08-1,24) e 16 anos ou mais (OR: 1,09; IC:1,09-1,27) (Tabela 1). Já os meninos de cor parda praticaram menos que os demais (OR: 0,95; IC: 0,90-0,99). A prática de *bullying* dos meninos foi significativamente associada com sentir-se solitário (OR: 1,44; IC: 1,35-1,53), relatar insônia (OR: 1,58; IC: 1,46-1,70), apa-

nhar em casa (OR: 2,45; IC: 2,33-2,59) e faltar às aulas sem autorização dos pais/responsáveis (OR: 1,66; IC:1,59-1,74). Usar regularmente tabaco (OR: 3,09; IC:2,86-3,34), álcool (OR: 2,58; IC:2,46-2,70) e experimentar drogas (OR: 2,87; IC: 2,70-3,06) foram comportamentos de risco à saúde associados à prática do *bullying*. A supervisão familiar foi protetora para a prática do *bullying* (OR: 0,53; IC: 0,51-0,55).

Tabela 1. Características e variáveis relacionadas aos meninos identificados como agressores no presente estudo.

Variável	Praticar <i>Bullying</i>						p
	%	IC (95%)		OR	IC (95%)		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Total	24,2	23,7	24,8				
Idade							
< 13	27,6	21,1	35,2	1,29	0,90	1,84	0,160
13	22,8	21,5	24,2	1,00			
14	23,7	22,6	24,8	1,05	0,99	1,12	0,119
15	25,5	24,2	26,9	1,16	1,08	1,24	<0,001
16 e mais	25,8	24,7	26,8	1,17	1,09	1,27	<0,001
Raça							
Branca	24,7	22,7	27,0	1,00			
Preta	24,0	21,9	26,4	0,96	0,91	1,03	0,234
Amarela	26,7	23,8	29,8	1,11	0,99	1,24	0,077
Parda	23,7	21,7	25,9	0,95	0,90	0,99	0,022
Indígena	22,8	20,9	24,8	0,90	0,80	1,01	0,063
Escola							
Pública	23,6	22,6	24,6	1,00			
Privada	27,9	26,9	29,0	1,26	1,19	1,33	<0,001
Mora com mãe e ou pai							
Não	26,4	24,7	28,3	1,00			
Sim	24,1	23,7	24,5	0,89	0,81	0,97	0,010
Sentir-se solitário							
Não	23,5	22,4	24,7	1,00			
Sim	30,7	29,4	32,0	1,44	1,35	1,53	<0,001
Insônia							
Não	23,6	22,3	25,0	1,00			
Sim	32,7	31,2	34,4	1,58	1,46	1,70	<0,001

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	%	IC (95%)		OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Amigos							
1 ou mais	24,2	22,5	25,9	1,00			
Não tenho	25,5	23,8	27,2	1,07	0,98	1,18	0,140
Apanhar (familiar)							
Não	21,6	20,8	22,5	1,00			
Sim	40,4	39,2	41,6	2,45	2,33	2,59	<0,001
Supervisão familiar							
Não	31,8	30,9	32,7	1,00			
Sim	19,8	19,3	20,2	0,53	0,51	0,55	<0,001
Faltar às aulas							
Não	21,8	21,0	22,5	1,00			
Sim	31,6	30,8	32,4	1,66	1,59	1,74	<0,001
Tabaco regular							
Não	22,8	21,5	24,2	1,00			
Sim	47,7	45,9	49,5	3,09	2,86	3,34	<0,001
Álcool regular							
Não	19,9	19,2	20,7	1,00			
Sim	39,1	38,2	40,0	2,58	2,46	2,70	<0,001
Drogas experimentação							
Não	22,1	21,0	23,2	1,00			
Sim	44,9	43,5	46,3	2,87	2,70	3,06	<0,001

Entre as meninas (Tabela 2), a prática de *bullying* foi maior nas idades de 15 anos (OR: 1,08; IC: 1,00-1,17) e 16 anos ou mais (OR: 1,12; IC: 1,02-1,23) e menor nas idades inferiores a 13 anos (OR: 0,57; IC: 0,37-0,88). Praticaram mais *bullying* as meninas de cor/raça preta (OR: 1,34; IC: 1,24-1,45), amarela (OR: 1,23; IC: 1,10-1,38), parda (OR: 1,11; IC: 1,05-1,18) e indígena (OR: 1,31; IC: 1,14-1,50). As agressoras demonstraram ainda terem pouca supervisão familiar (OR: 0,45; IC: 0,43-0,47). A prática de *bullying* entre as estudantes do sexo feminino também se associou significativamente com: sentir-se solitária (OR: 1,58; IC: 1,50-1,66); insônia (OR: 1,73; IC: 1,63-1,84); não ter amigos (OR: 1,21; IC: 1,07-1,37); apanhar em casa (OR: 2,56; IC:

2,42-2,71) e faltar às aulas sem autorização dos pais/responsáveis (OR: 2,21; IC: 2,10-2,33). Usar regularmente tabaco (OR: 3,49; IC: 3,22-3,79), álcool (OR: 2,51; IC: 2,39-2,64) e experimentar drogas (OR: 2,95; IC: 2,76-3,16), assim como no caso dos meninos, foram comportamentos de risco à saúde associados à prática do *bullying*. A supervisão familiar, foi protetora para a prática do *bullying* (OR: 0,45; IC: 0,43-0,47).

No modelo final (Tabela 3), permaneceram associadas à prática de *bullying* entre os meninos (maior chance de praticar): a faixa etária 16 anos e mais ($p < 0,001$); estudar em escola privada ($p < 0,001$); sentir-se solitário ($p = 0,002$); apanhar em casa ($p < 0,001$); uso de tabaco ($p < 0,001$), álcool ($p < 0,001$) e experimentação de drogas

($p < 0,001$). A supervisão familiar ($p < 0,001$), reduziu a chance de praticar *bullying*. Para as meninas, permaneceram como fatores associados e aumento de chance de praticar: as faixas etárias 15 anos ($p < 0,001$) e 16 e mais ($p < 0,001$); cor da pele preta ($p < 0,001$) e parda ($p = 0,003$)

estudar em escola privada ($p < 0,001$); sentir-se solitário ($p = 0,002$); apanhar em casa ($p < 0,001$); uso de tabaco ($p < 0,001$), álcool ($p < 0,001$) e experimentação de drogas ($p < 0,001$); e insônia ($p < 0,001$). A supervisão familiar ($p < 0,001$) foi protetora em relação à prática do *bullying*.

Tabela 2. Características e variáveis relacionadas às meninas identificadas como agressoras no presente estudo.

Variável	Praticar Bullying						P
	%	IC (95%)		OR	IC (95%)		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Total	15,6	15,3	15,9				
Idade							
< 13	9,1	6,1	13,5	0,57	0,37	0,88	0,011
13	15,0	13,9	16,3	1,00			
14	15,5	14,4	16,6	1,03	0,97	1,10	0,325
15	16,1	14,9	17,5	1,08	1,00	1,17	0,041
16 e mais	16,6	15,6	17,7	1,12	1,02	1,23	0,016
Raça							
Branca	14,2	12,7	16,0	1,00			
Preta	18,2	16,1	20,5	1,34	1,24	1,45	<0,001
Amarela	17,0	14,8	19,5	1,23	1,10	1,38	<0,001
Parda	15,6	13,9	17,4	1,11	1,05	1,18	<0,001
Indígena	17,9	16,0	19,8	1,31	1,14	1,50	<0,001
Escola							
Pública	15,7	14,8	16,6	1,00			
Privada	14,8	14,0	15,6	0,93	0,87	1,00	0,048
Mora com mãe e ou pai							
Não	16,8	15,5	18,1	1,00			
Sim	15,5	15,1	15,8	0,91	0,83	1,00	0,045
Sentir-se solitário							
Não	14,1	13,5	14,8	1,00			
Sim	20,6	19,9	21,3	1,58	1,50	1,66	<0,001
Insônia							
Não	14,3	13,6	15,0	1,00			
Sim	22,4	21,5	23,4	1,73	1,63	1,84	<0,001
Amigos							
1 ou mais	15,5	14,0	17,1	1,00			
Não tenho	18,1	16,5	20,0	1,21	1,07	1,37	0,002

continua

Continuação da Tabela 2

Variável	%	IC (95%)		OR	IC (95%)		P
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Apanhar (familiar)							
Não	13,3	12,6	14,0	1,00			
Sim	28,2	27,2	29,2	2,56	2,42	2,71	<0,001
Supervisão familiar							
Não	23,5	22,6	24,4	1,00			
Sim	12,0	11,7	12,4	0,45	0,43	0,47	<0,001
Faltar às aulas							
Não	13,0	12,5	13,6	1,00			
Sim	24,9	24,1	25,7	2,21	2,10	2,33	<0,001
Tabaco regular							
Não	14,3	13,4	15,4	1,00			
Sim	36,9	35,2	38,7	3,49	3,22	3,79	<0,001
Álcool regular							
Não	12,1	11,6	12,7	1,00			
Sim	25,8	25,0	26,5	2,51	2,39	2,64	<0,001
Drogas experimentação							
Não	14,0	13,2	14,9	1,00			
Sim	32,4	31,1	33,8	2,95	2,76	3,16	<0,001

Tabela 3. Modelo final de regressão logística multivariada para variáveis associadas ao *bullying*, de acordo com gênero dos adolescentes analisados no presente estudo.

Variável	Meninos				Meninas			
	OR	IC (95%)		P	OR	IC (95%)		P
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Idade								
< 13	1,21	0,79	1,86	0,381	0,68	0,44	1,07	0,092
13	1,00				1,00			
14	1,06	0,98	1,14	0,145	0,94	0,88	1,00	0,055
15	0,92	0,85	1,01	0,074	0,79	0,73	0,86	<0,001
16 e mais	0,80	0,72	0,88	<0,001	0,74	0,66	0,81	<0,001
Raça								
Branca	1,00				1,00			
Preta	0,94	0,87	1,01	0,102	1,24	1,14	1,35	<0,001
Amarela	1,18	1,03	1,35	0,020	1,13	1,01	1,28	0,041
Parda	0,97	0,92	1,03	0,359	1,09	1,03	1,16	0,003
Indígena	0,84	0,73	0,97	0,018	1,21	1,05	1,40	0,008

continua

Continuação da Tabela 3

Variável	Meninos				Meninas			
	OR	IC (95%)		p	OR	IC (95%)		p
		Inferior	Superior			Inferior	Superior	
Escola								
Pública	1,00				1,00			
Privada	1,38	1,29	1,48	<0,001	1,10	1,02	1,18	0,014
Sentir-se solitário								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,13	1,04	1,23	0,002	1,14	1,08	1,21	<0,001
Apanhar (familiar)								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,83	1,71	1,96	<0,001	1,75	1,65	1,86	<0,001
Supervisão familiar								
Não	1,00				1,00			
Sim	0,68	0,65	0,72	<0,001	0,59	0,56	0,62	<0,001
Faltar às aulas								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,25	1,18	1,32	<0,001	1,60	1,51	1,69	<0,001
Tabaco regular								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,24	1,11	1,38	<0,001	1,41	1,28	1,55	<0,001
Álcool regular								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,75	1,64	1,86	<0,001	1,67	1,58	1,77	<0,001
Drogas experimentação								
Não	1,00				1,00			
Sim	1,45	1,33	1,59	<0,001	1,50	1,38	1,63	<0,001

➤ DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que os meninos praticaram mais *bullying* do que as meninas. Outros estudos também indicam que os meninos são mais propensos a serem agressores^{1,9}. Isso pode ser explicado pelas características de interação dos meninos que, em geral, são mais agressivos com seus pares, pela legitimidade que o uso da violência assume quando se objetiva ganhar o reconhecimento ou exercer algum poder e controle sobre o grupo de pares, bem como

por exigências culturais relacionadas à imagem de masculinidade, dominação e poder¹⁰.

No que se refere à idade, os estudantes mais velhos (15 anos ou mais), tanto meninos quanto meninas, foram os menos envolvidos em situações de *bullying* como agressores. Esse dado converge com a literatura científica^{2,11}, pois identifica-se uma tendência natural de diminuição do *bullying* com o avanço da idade^{2,12}. Contudo, é importante destacar a existência de outros estudos que demonstram que essa redução é apenas aparente, uma vez que o que

geralmente ocorre é uma diminuição das agressões físicas, que são de fácil identificação, e um aumento das agressões verbais e psicológicas, que possuem maior grau de complexidade para serem reconhecidas¹³.

Sobre a cor da pele/raça dos estudantes, as meninas que se autodeclararam amarelas praticaram mais *bullying*, bem como os meninos indígenas e pretos. Entretanto, esse dado demográfico ainda necessita de outros estudos no cenário brasileiro que possui uma grande variação étnica e não se pode, a partir dos resultados apresentados, atribuir explicações para o fenômeno a partir dessa variável. Sobretudo, quando os estudos indicam que a cor da pele é um fator que pode aumentar a vulnerabilidade para vitimização⁵.

Outro dado relevante para o estudo foi a indicação de que os estudantes de ambos os sexos das escolas privadas praticaram mais *bullying* que os estudantes de escolas públicas. Esse dado já foi identificado nas outras edições da PeNSE^{14,15}. Contudo, ainda se observa que essa realidade é pouco explorada pelos estudos sobre o *bullying* que impede a comparação de resultados e a construção de explicações para esse dado, mas revela que, independente da escola ser pública ou privada, o fenômeno é uma realidade que precisa ser discutido e enfrentado.

No que se refere ao contexto familiar, verificou-se que, tanto no caso dos meninos como no caso das meninas, a prática de *bullying* foi associada às variáveis: "apanhar em casa" e "faltar às aulas sem autorização". Segundo a literatura, os métodos de disciplina empregados pelos pais ou responsáveis baseados em castigos físicos é um fator que aumenta a possibilidade de os estudantes reproduzirem comportamentos agressivos nas escolas. Os dados da pesquisa são, assim, congruentes com outros estudos que verificaram a associação entre *bullying* e experiências de punição física no contexto familiar^{16,17}. Por outro lado, estudos indicam que o estabelecimento de regras e supervisão na família é um fator protetivo em relação ao *bullying*^{6,18}. Este fato foi corroborado pelos resultados do presente estudo.

No campo da saúde, avaliados pelos sentimentos de solidão e insônia manifestados pelos estudantes, verificou-se que para meninas e meninos houve associação entre a prática do *bullying* e os sentimentos de solidão. As meninas também referiram episódios de insônia. Esses dados revelaram estados psicológicos adoecidos, contrariamente a outros estudos que associam os quadros de isolamento social e sofrimento mental mais às vítimas¹⁹. Os dados alertaram para o desenvolvimento de quadros de sofrimento também entre os agressores de *bullying*⁵. Esse sofrimento repercute na saúde, qualidade de vida e desenvolvimento dos estudantes identificados como agressores, aspecto que requer outros estudos para ser aprofundado.

Sobre os comportamentos de risco para a saúde associados à prática do *bullying* (uso de tabaco, álcool e outras drogas), observou-se que outros estudos confirmam que os estudantes agressores tendem a se envolver mais em situações de vulnerabilidade quando comparados com outros grupos de estudantes^{4,20}. Na adolescência, a adoção de comportamentos de risco é maior do que em outras fases de desenvolvimento e a violência entre pares pode ser justificada pelo tempo que os adolescentes passam nas instituições escolares. Os comportamentos de risco à saúde que são expressões do processo de grupo dos adolescentes⁵. A gravidade da questão se revela quando há uma percepção de que o comportamento agressivo e o *bullying* são preditores para o aumento do uso de álcool e outras drogas na idade adulta, bem como para a participação em atos de criminalidade e violência em outros momentos do ciclo vital e nas relações interpessoais^{4,20}.

Por fim, neste estudo, foram identificadas variáveis que se associaram à prática do *bullying* escolar, considerando diferenças e similaridades entre os sexos masculino e feminino. Estes resultados poderão ser utilizados em momentos formativos de equipes de saúde da atenção básica, auxiliando na elaboração e planificação de estratégias intersetoriais *antibullying* consid-

erando-se, por exemplo, os objetivos e metas do Programa Saúde na Escola (PSE). Essas estratégias podem ser mais efetivas quando considerarem as questões de gênero, mesmo quando se referirem a pequenas nuances, e as diferentes experiências que meninos e meninas vivenciam nas escolas, nas famílias ou comunidade.

No que se refere ao maior envolvimento dos estudantes do sexo masculino na prática do *bullying*, os resultados sugerem que é importante pensar as necessidades e as estratégias de cuidado à saúde do homem adolescente. Em geral, os homens perpetuam a discriminação e a violência, aspecto que compõem o processo de socialização do sexo masculino. Quando praticada por homens adolescentes no contexto de grupo, a violência pode ser valorizada como expressão da identidade masculina e/ou porque os adolescentes não conseguem identificar outras formas de resolver conflitos interpessoais. Nesse sentido, para melhorar a qualidade de vida e a saúde dos homens adolescentes que praticam *bullying*, oficinas de sensibilização sobre o fenômeno podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde na atenção básica, estimulando a reflexão sobre a gravidade do problema e suas implicações para o futuro, como documentado pela literatura e por esse estudo -maior vulnerabilidade para a adoção de comportamentos que colocam em risco a saúde.

Equipes de saúde da atenção básica podem orientar pais e responsáveis, bem como auxiliá-los na identificação de comportamentos que podem indicar a prática do *bullying* na escola. Além disso, como se observou, os agressores também experimentam algum tipo de sofrimento mental e nem sempre os pais estão preparados para identificar sintomas dessa natureza (insônia e isolamento podem ser interpretados como naturais na adolescência). As famílias podem ser, ainda, esclarecidas sobre a necessidade de estabelecer regras para que os filhos cumpram em casa e supervisionar como é o relacionamento deles com os colegas. Isso pode ser facilitado quando os pais e responsáveis são conscientizados sobre a importância de conhecerem

os amigos dos filhos, onde vão e que tipo de atividade empreendem juntos. Por outro lado, a adoção de comportamentos de risco para a saúde exige ações com as famílias, mas também com os adolescentes. Oficinas sobre o problema do uso do tabaco, álcool e outras drogas podem ser desenvolvidas no âmbito do programa Saúde na Escola e podem repercutir na diminuição ou minimização das práticas de *bullying*.

Pode-se, assim, destacar que o estudo possui três pontos fortes: 1) a análise comparativa de dados sobre a prática de *bullying* entre meninos e meninas; 2) a revelação de variáveis contextuais que podem concorrer para a ocorrência da prática de *bullying* (apanhar em casa, baixa supervisão parental e adoção de comportamentos de risco para a saúde); e 3) a problematização de como a área da saúde pode se apropriar do estudo para propor ações *antibullying* na capilaridade da atenção primária. Contudo, os resultados apresentados precisam ser interpretados considerando suas três principais limitações. Primeiramente, trata-se de um estudo transversal, o que impede a construção de nexos sobre causa e efeito das variáveis analisadas em relação ao *bullying*. Em segundo lugar, as respostas dos adolescentes podem estar sujeitas a efeitos do fenômeno conhecido como *desejabilidade social*, em que pesem respostas que eles acreditavam ser corretas. Por fim, a PeNSE é um grande inquérito nacional que não aborda somente o *bullying*, mas diferentes aspectos. Outras investigações podem ter como foco apenas o *bullying* e a relação com as variáveis de contexto, adoção de comportamentos de risco e questões de saúde. Também, são estimulados estudos qualitativos para revelar significados e sentidos relacionados ao *bullying* e às temáticas investigadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal contribuição deste estudo é a identificação de que os estudantes que praticam *bullying*, independente do sexo, apresentam sofrimento e comportamentos de risco à saúde.

Sumariamente, aspectos contextuais e familiares parecem ser fatores que aumentaram a vulnerabilidade dos adolescentes para o envolvimento e a perpetração do *bullying*. Além disso, a prática do *bullying* foi associada a comportamentos de risco para a saúde e o desenvolvimento dos estudantes. Os resultados enfatizaram a necessidade de programas *antibullying* que tenham

como foco aspectos multidimensionais e considerem as diferenças entre os meninos e as meninas, mesmo que estas sejam pequenas. Os profissionais da área da saúde, que trabalham com a comunidade escolar na atenção básica, ganham subsídios com essa pesquisa para orientar e avaliar ações destinadas aos adolescentes em idade escolar.

➤ REFERÊNCIAS

1. Cook CR, Williams KR, Guerra NG, Kim TE, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychol Q* 2010;25(2):65-83.
2. Olweus D. School Bullying: Development and Some Important Challenges. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9(1):751-80.
3. Mello FCM, Silva JL, Oliveira WA, Prado RR, Malta DC, Silva MAI. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Ciê Saúde Col* 2017;22:2939-48.
4. Silva JL, Oliveira WA, Bono EL, Dib MA, Bazon MR, Silva MAI. Associações entre Bullying Escolar e Conduta Infracional: Revisão Sistemática de Estudos Longitudinais. *Psic: Teor Pesq* 2016;32:81-90.
5. Oliveira WA, Silva MA, Silva JL, Mello FC, 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):32-9.
6. Oliveira WA. Relações entre bullying na adolescência e interações familiares: do singular ao plural [tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo; 2017.
7. Morris EB, Zhang B, Bondy SJ. Bullying and Smoking: Examining the Relationships in Ontario Adolescents. *J School Health* 2006;76(9):465-70.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2015). Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 132p.
9. Morales JF, Yubero S, Larrañaga E. Gender and Bullying: Application of a Three-Factor Model of Gender Stereotyping. *Sex Roles* 2016;74(3):169-80.
10. Silva MAI, Pereira B, Mendonca 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):6820-31.
11. Álvarez-García D, García T, Núñez JC. Predictors of school bullying perpetration in adolescence: A systematic review. *Aggress Violent Behav* 2015;23:126-36.
12. Sijtsema JJ, Rambaran JA, Caravita SCS, Gini G. Friendship Selection and Influence in Bullying and Defending: Effects of Moral Disengagement. *Dev Psychol* 2014;50(8):2093-104.
13. Silva JL, Oliveira WA, Bazon MR, Cecilio S. Bullying: conhecimentos, atitudes e crenças de professores. *Psico* 2014; 45(2):147-56.
14. Malta DC, Silva MAI, Mello FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Crespo C, et al. Bullying nas escolas brasileiras: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciê Saúde Col* 2010;15:3065-76.
15. Oliveira WA, Silva MA, Mello FC, Porto DL, Yoshinaga AC, Malta DC. The causes of bullying: results from the National Survey of School Health (PeNSE). *Rev Lat Am Enferm* 2015; 23(2):275-282.
16. Knous-Westfall HM, Ehrensaft MK, MacDonell KW, Cohen P. Parental Intimate Partner Violence, Parenting Practices, and Adolescent Peer Bullying: A Prospective Study. *J Child Fam Stud* 2012;21(5):754-66.

17. Zottis GA, Salum GA, Isolan LR, Manfro GG, Heldt E. Associations between child disciplinary practices and bullying behavior in adolescents. *J Pediatr (Rio J)* 2014;90(4):408-14.
 18. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, Silva MAI. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. *Ciê Saúde Col* 2017;22:1553-64.
 19. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med* 2010;40(5):717-29.
 20. Zaine I, Reis MJD, Padovani RC. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. *Estudos de Psicologia (Campinas)* 2010;27:375-82.
-