

Prevalência de *bullying* e fatores associados em escolares brasileiros, 2015

Prevalence of bullying and associated factors among Brazilian schoolchildren in 2015

Deborah Carvalho Malta (<https://orcid.org/0000-0002-8214-5734>)¹
 Flávia Carvalho Malta de Mello (<https://orcid.org/0000-0001-5019-8316>)²
 Rogério Ruscitto do Prado (<https://orcid.org/0000-0003-1038-7555>)³
 Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá (<https://orcid.org/0000-0002-0122-2727>)⁴
 Fátima Marinho (<https://orcid.org/0000-0003-3287-9163>)⁵
 Isabella Vitral Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-3535-7208>)⁵
 Marta Maria Alves da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-0582-2236>)⁶
 Marta Angélica Iossi Silva (<https://orcid.org/0000-0002-9967-8158>)²

Abstract *This study analyzed the prevalence of bullying and associated factors among Brazilian schoolchildren using data produced by the 2015 National School Health Survey (PeNSE, acronym in Portuguese) consisting of a national sample of 102,301 eighth grade students. The prevalence of bullying was calculated and bivariate analysis was performed using a 95% confidence level to determine the association between victimization and socio-demographic variables and other variables relating to family background, mental health, and risk behaviors. Multivariate analysis was then conducted using the biologically plausible variables of interest. For the final model, variables that obtained p-values of < 0.05 were maintained. The prevalence of bullying was found to be 7.4%. The results of the multivariate analysis showed that boys aged 13 years studying in public schools who worked and whose mother did not have any schooling were more likely to be bullied, as were schoolchildren who felt lonely, had no friends, suffered from insomnia, skipped lessons without parental permission, and who smoked. Victims of bullying were predominantly 13-year-olds from an unfavorable social and family background, painting a picture of vulnerability that calls for support from social protection networks, schools and families alike.*

Key words *Bullying, Adolescents, Violence, Vulnerability, Survey*

Resumo *O estudo analisou a prevalência de sofrer bullying e fatores associados em escolares brasileiros. Trata-se de análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2015 em amostra nacional com 102.301 alunos do 9º ano. Foi calculada a prevalência de sofrer bullying e foi feita inicialmente análise bivariada com estimativas de razões de chance (OR) e IC95% para estimar as associações entre vitimização e variáveis sociodemográficas, contexto familiar, violência familiar, saúde mental e comportamentos de risco. Posteriormente, procedeu-se ao modelo de regressão logística múltipla, inserindo as variáveis de interesse com (p < 0,20). No modelo final ajustado (ORa) permaneceram variáveis com p < 0,05. A prevalência de bullying foi de 7,4%. A análise multivariada mostrou que quem tem maior chance de sofrer bullying são os escolares do sexo masculino, com 13 anos, da escola pública, filhos de mães sem escolaridade, que trabalham, com relato de solidão, sem amigos, com insônia; que sofreram agressão física dos familiares, faltaram as aulas sem avisar aos pais, usaram tabaco. Predominaram vítimas de 13 anos, com contexto social e familiar desfavorável, mostrando cenário de vulnerabilidades, demandando apoio de redes de proteção social, escolar e familiar.*

Palavras-chave *Bullying, Adolescentes, Violência, Vulnerabilidade, Inquérito epidemiológico*

¹ Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. dcmalta@uol.com.br

² Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP).

Ribeirão Preto SP Brasil.

³ Faculdade de Medicina, USP. São Paulo SP Brasil.

⁴ Programa de Residência Multiprofissional, Hospital Municipal de Contagem. Contagem MG Brasil.

⁵ Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

⁶ Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

A adolescência é um período de grandes transformações, transições e adaptação para a vida adulta. Esta fase da vida é repleta de mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais^{1,2}. Também constitui uma fase marcada pelo aumento da autonomia, independência em relação à família e experimentação de novos comportamentos e vivências, sujeitos a riscos que podem afetar a saúde de forma definitiva^{1,2}. Nesta fase comumente aumentam as oportunidades de interações sociais, exposições a novos círculos de amizades e também a exposição a riscos e atos de violência^{1,3}.

O *bullying* é um ato de violência e tem sido compreendido como prática sistemática, ou quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação⁴. A palavra de origem inglesa *bully* (valentão, brigão)⁵ tem sido traduzida como assédio escolar, que descreve o comportamento agressivo entre estudantes⁶. A configuração do *bullying* inclui atos agressivos, repetitivos e com assimetria de poder entre pares⁷⁻¹⁰. A sua ocorrência pressupõe a convivência por um período prolongado. Estes eventos têm sido muito estudados nas escolas, embora possam ocorrer em qualquer outro espaço, como ambiente de trabalho, equipes esportivas, outros espaços na comunidade^{5,9,10}.

Enquanto um fenômeno social o *bullying* se caracteriza como um fenômeno de grupo e no contexto escolar a maioria das crianças está diretamente ou indiretamente envolvida no *bullying* e suas consequências, seja como vítima, agressor ou observador¹¹. Existem diferentes expressões do *bullying* que incluem xingamentos, agressões físicas, ameaças, roubo, abuso verbal, bem como expressões e gestos de humilhação, dentre outros¹².

O *bullying* é um problema global, sendo descrito em diversos países. Pesquisa realizada pela OMS entre escolares de mais de 40 países, apontou que 14% dos adolescentes de 13 anos referiram já ter sofrido *bullying* nos últimos dois meses¹³.

Estudos também têm apontado consequências para a saúde dos indivíduos que sofreram vitimização na infância, como dificuldades nas atividades escolares¹⁴, problemas com o sono¹⁵, maior propensão para o abandono escolar¹⁶, dificuldade no relacionamento, piora da autoestima¹⁷, distúrbios mentais na vida adulta¹⁷, e atitudes limites como o suicídio^{18,19}.

A literatura *internacional*^{18,19} e *nacional* sobre *bullying* e fatores associados tem ampliado e dentre as evidências descritas destacam-se a ocorrência de vitimização em alunos mais novos, com

poucos amigos^{20,21}, retraídos, pouco sociáveis, que sofrem depressão, ansiedade²², e também aqueles que têm piores relações com pares²². Outros fatores foram descritos como adolescentes com deficiência física e mental²³, com diferentes orientações sexuais e de gênero; com tendências suicidas¹⁹. No Brasil, Malta et al.²⁴, analisando dados da PeNSE 2012 identificaram vulnerabilidades associadas ao *bullying* no campo da saúde mental, como insônia e solidão, uso de tabaco, além de pouco apoio familiar. Entretanto, diversos aspectos ainda permanecem obscuros, como trabalho infantil, remuneração do trabalho, relações familiares, uso de drogas, dentre outros.

Globalmente a OMS tem coordenado pesquisas nos países para o monitoramento destes eventos, visando identificar mudanças e apoiar políticas públicas no seu enfrentamento¹³. No Brasil, a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) realizada no Brasil, em 2009, em uma amostra de escolares das capitais brasileiras, do 9º ano do ensino fundamental, apontou que 5,4% dos estudantes relataram ter sofrido *bullying* quase sempre ou sempre nos últimos 30 dias²⁵. Em 2012, a segunda edição da PeNSE mostrou crescimento para 6,8% nas capitais, o que corresponde a um aumento de 25%²⁴. Este crescimento chamou ainda mais a atenção sobre o tema, demandando a necessidade de monitoramento periódico, o que resultou em 2015 na terceira edição da PeNSE, que permite avaliar o comportamento no período. Outra vantagem consiste na identificação de mudanças nos fatores associadas e explorar novos aspectos, como o trabalho entre adolescentes, remuneração do trabalho e a vitimização, em função de novas questões adicionadas ao questionário².

O estudo atual tem por objetivo analisar a prevalência de sofrer *bullying* e fatores associados à vitimização em escolares brasileiros, na terceira edição da PeNSE 2015.

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 no 9º ano do ensino fundamental, das escolas públicas e privadas no país. A amostra é representativa de Brasil, 27 Unidades Federadas, municípios das capitais e Distrito Federal².

Foram utilizados três estágios de seleção, no primeiro foram recrutados 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 os alunos presentes no dia da coleta, nas turmas sorteadas foram convidados a participar da pesquisa². Participaram da pesquisa 102.301 alunos, em 3.040 escolas e 4.159 turmas. Considerando os escolares frequentes e os que não quiseram participar do estudo, a perda amostral foi de cerca de 8,5%. Para o cálculo do tamanho da amostra foram considerados todos os alunos matriculados no 9º ano do Ensino Fundamental regular, diurno, das escolas que apresentaram mais de 15 alunos matriculados nesse nível, segundo o Censo Escolar vigente à época do planejamento da pesquisa. Para estimar o tamanho (número de alunos) de um plano amostral conglomerado em estágios e uma seleção com probabilidades proporcionais, considerou-se uma estimativa de proporção de 50%, com margem de erro e nível de confiança de 95%. Mais detalhes da amostra podem ser consultados em outras publicações².

Ampliou-se o modelo conceitual de Malta et al.²⁴, que identificaram fatores associados a sofrer bullying em quatro dimensões: I) fatores demográficos, II) fatores relacionados à saúde mental (solidão, insônia, e não ter amigos), III) situações familiares como (morar com os pais, supervisão familiar, sofrer violência familiar, faltar às aulas), IV) comportamentos (uso de substâncias psicoativas) e ter tido relação sexual²⁴. O estudo incluiu novas variáveis no modelo, como no contexto socioeconômico: a escolaridade da mãe, trabalho e trabalho remunerado do escolar, e no contexto familiar morar com os pais.

Assim, foi investigado o desfecho de sofrer *bullying* – segundo 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?”

As respostas foram categorizadas em “Não” (nunca, raramente, às vezes) e “Sim” (a maior parte do tempo, sempre).

Foram testadas associações com as seguintes variáveis:

I) *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), d) Escolas (pública ou privada), e) escolaridade da mãe (Sem escolaridade, Primário

(incompleto/completo), Secundário (incompleto/completo), Superior (incompleto/completo), f) trabalha atualmente (sim, não), g) Remuneração pelo trabalho (sim, não).

II) *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).

IV) Comportamentos - 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).

Inicialmente, realizou-se o cálculo da prevalência de sofrer *bullying* segundo as variáveis sociodemográficas, variáveis explicativas do contexto familiar, violência familiar, saúde mental, comportamentos de risco e relação sexual. Para explorar fatores associados com o desfecho examinado, relato de sofrer *bullying*, procedeu-se inicialmente a análise bivariada calculando-se o *Odds Ratios* (ORs) bruto com seus respectivos intervalos de confiança, usando-se regressão logística bivariada. Posteriormente, procedeu-se ao modelo de regressão logística múltipla, inserindo as variáveis de interesse, com base na literatura e com $p < 0,20$. No modelo final ajustado (ORa), permaneceram as variáveis estatisticamente significativas com $p < 0,05$. Procedeu-se a análise de colinearidade e interação entre as variáveis.

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, adequado para análises de dados obtidos por plano amostral complexo.

Os estudantes foram informados sobre a pesquisa, sua livre participação e que poderiam interromper a mesma caso não se sentissem à

vontade para responder as perguntas. Caso concordassem responderam a um questionário individual em um *smarthphone* sob a supervisão de pesquisadores do IBGE². 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), em 30 de Março de 2015.

Resultados

Participaram da amostra aqui analisada 48,7% de alunos do sexo masculino, 51,3% do sexo feminino, 85,5% de escolas públicas e 14,5% de privadas; idade menor de 13 anos 0,4%, 13 a 15 anos 88,6%, 16 anos e mais 11%; raça cor branca 36,1%, preta 13,4%, parda 43,1%, amarela 4,1%, indígena 3,3%. (Tabela 1)

Relataram ter sofrido *bullying* nos últimos 30 dias 7,4% (IC95% 7,2-7,6) dos alunos, sem diferença segundo sexo. Estudantes de 13 anos relataram mais *bullying* com prevalência de 8,8% (IC95% 8,1-9,5), reduzindo após 14 anos, chegando aos 16 anos a 6,8% (IC95% 6,3-7,3). Escolares de raça preta referem prevalência de 8,2%

(IC95% 7,2-9,3), as demais raças sem diferença estatística.

A prática foi mais frequente entre os escolares que estudam na escola pública, e entre adolescentes cujas mães não têm escolaridade com prevalência de 9,3% (IC95% 8,5-10,3), sem diferença entre morar ou não com os pais. Os estudantes que trabalham referem mais *bullying* com 9,8% (IC95% 9,3-10,3), e os que recebem pelo trabalho com 9,3% (IC95% 8,8-9,8). Entre as características da saúde mental foi mais frequente a prática de *bullying* entre os que relatam solidão com 16,6% (IC95% 16,1-17,2), insônia com 15,2% (IC95% 14,5-15,8), e não tem amigos com 14,1% (IC95% 13,0-15,1).

Dentre as características da família, sofrem mais vitimização escolares que relatam apanhar de familiares com 15,4% (IC95% 14,8-16,0) e os que faltam as aulas sem comunicar a família com 9,9% (IC95% 9,5-10,3). Diferentemente os que relatam supervisão familiar sofrem menos com 6,7% (IC 95% 6,5-6,9).

Dentre os que relatam comportamentos de risco, sofrer *bullying* foi mais frequente em escolares que usam de tabaco com 12,7% (IC95% 11,4-14,0), álcool com 8,8% (IC95% 8,5-9,2), experimentaram drogas com 8,9% (IC95% 8,3-9,5), bem como em escolares que relataram ter tido relação sexual, com 8,1% (IC95% 7,8-8,5). A Tabela 2 mostra o OR bruto das variáveis.

Procedeu-se à análise de regressão multivariada ajustado por todas as variáveis do modelo e a idade de 13 anos mostrou maior chance de sofrer *bullying*. Ao contrário, escolares com menos de 13 anos tiveram menor chance (ORa = 0,58 IC 95% 0,35– 0,95) e também os mais velhos: 14 anos com (ORa = 0,72 IC 95% 0,67– 0,77), 15 anos com (ORa = 0,63 IC 95% 0,58– 0,69), escolares com 16 anos com (ORa = 0,51 IC 95% 0,46– 0,57) sofreram menos *bullying*. Escolares do sexo feminino (ORa = 0,69 IC 95% 0,65 – 0,73) e alunos que estudam em escola privada (ORa = 0,84 IC 95% 0,77– 0,92), tiveram menor chance de sofrer *bullying*. Ainda entre as variáveis sociodemográficas, ser filho de mães sem escolaridade aumentou a chance de sofrer *bullying* (ORa = 1,30 IC 95% 1,15– 1,47), bem como trabalhar atualmente (ORa 1,33 IC95% 1,23-1,43), enquanto receber remuneração, perdeu a significância estatística (Tabela 3).

Entre as variáveis da saúde mental permaneceram no modelo final com maior chance de *bullying* os que relataram sentir-se solitários com (ORa 2,88 IC95% 2,69-3,08), ter insônia com (ORa 1,50 IC95% 1,39-1,62), não ter amigos com (ORa 1,67 IC95% 1,49-1,86). No contexto

Tabela 1. Descrição da população entrevistada na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, segundo sexo, dependência administrativa, idade e cor ou raça. Brasil, 2015.

	%	Intervalo de Confiança IC (95%)	
		Inferior	Superior
Sexo			
Masculino	48,7	48,1	49,3
Feminino	51,3	50,7	51,9
Dependência administrativa			
Pública	85,5	83,5	87,6
Privada	14,5	12,4	16,5
Idade			
Menor de 13 anos	0,4	0,3	0,5
13 anos	17,8	16,9	18,8
14 anos	51,0	50,1	51,9
15 anos	19,8	19,1	20,5
16 anos ou mais	11,0	10,4	11,5
Cor ou raça			
Branca	36,1	35,2	37,1
Preta	13,4	12,9	13,9
Parda	43,1	42,2	43,9
Amarela	4,1	3,9	4,4
Indígena	3,3	3,1	3,5

Tabela 2. Frequência da ocorrência de *bullying* entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, prevalência e OR Bruto, segundo fatores sociodemográficos, variáveis do contexto familiar, saúde mental e comportamentos. Brasil, 2015.

Variável	Sofrer Bullying						p
	%	IC (95%)		OR	IC (95%)		
		Inferior	Superior		Inferior	Superior	
Total	7,41	7,25	7,58				
Idade							
< 13	8,1	5,8	11,3	0,92	0,64	1,31	0,629
13	8,8	8,1	9,5	1,00			
14	7,0	6,5	7,6	0,78	0,74	0,83	< 0,001
15	7,5	6,9	8,1	0,84	0,78	0,90	< 0,001
16 e mais	6,8	6,3	7,3	0,76	0,69	0,83	< 0,001
Sexo							
Masculino	7,6	7,3	8,0	1,07	1,02	1,12	0,005
Feminino	7,2	7,0	7,4	1,00			
Raça							
Branca	7,4	6,6	8,3	1,00			
Preta	8,2	7,2	9,3	1,11	1,03	1,20	0,004
Amarela	7,9	6,8	9,2	1,07	0,95	1,21	0,244
Parda	7,1	6,3	8,0	0,95	0,90	1,01	0,073
Indígena	8,2	7,3	9,2	1,11	0,98	1,27	0,105
Escola							
Pública	7,6	7,1	8,1	1,00			
Privada	6,5	6,1	6,9	0,84	0,79	0,91	< 0,001
Escolaridade da mãe							
Sem escolaridade	9,3	8,5	10,3	1,37	1,23	1,53	< 0,001
Primário (incompleto/completo)	7,3	6,8	7,8	1,05	0,98	1,13	0,197
Secundário (incompleto/completo)	7,5	7,0	8,0	1,07	1,00	1,16	0,064
Superior (incompleto/completo)	7,0	6,6	7,4	1,00			
Mora com mãe e ou pai							
Não	7,7	7,0	8,4	1,00			
Sim	7,4	7,2	7,6	0,96	0,87	1,06	0,404
Trabalha atualmente							
Não	7,1	6,7	7,5	1,00			
Sim	9,8	9,3	10,3	1,42	1,34	1,52	< 0,001
Remuneração pelo trabalho							
Não	7,1	6,7	7,6	1,00			
Sim	9,3	8,8	9,8	1,34	1,25	1,43	< 0,001
Sentir-se solitário							
Não	5,6	5,3	5,8	1,00			
Sim	16,6	16,1	17,2	3,38	3,22	3,56	< 0,001
Insônia							
Não	6,4	6,1	6,8	1,00			
Sim	15,2	14,5	15,8	2,61	2,46	2,77	< 0,001
Amigos							
1 ou mais	7,1	6,5	7,7	1,00			
Não tenho	14,1	13,0	15,1	2,14	1,96	2,34	< 0,001
Apanhar (familiar)							
Não	6,1	5,8	6,4	1,00			
Sim	15,4	14,8	16,0	2,82	2,68	2,98	< 0,001
Supervisão familiar							
Não	8,8	8,4	9,2	1,00			
Sim	6,7	6,5	6,9	0,75	0,72	0,79	< 0,001

continua

Tabela 2. Frequência da ocorrência de *bullying* entre escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, prevalência e OR Bruto, segundo fatores sociodemográficos, variáveis do contexto familiar, saúde mental e comportamentos. Brasil, 2015.

Variável	%	Sofrer Bullying				p	
		IC (95%)		OR	IC (95%)		
		Inferior	Superior		Inferior		Superior
Faltar às aulas							
Não	6,7	6,4	7,0	1,00			
Sim	9,9	9,5	10,3	1,54	1,46	1,62 < 0,001	
Tabaco regular							
Não	7,3	6,5	8,1	1,00			
Sim	12,7	11,4	14,0	1,85	1,64	2,08 < 0,001	
Álcool regular							
Não	7,0	6,6	7,3	1,00			
Sim	8,8	8,5	9,2	1,29	1,23	1,36 < 0,001	
Drogas experimentação							
Não	7,3	6,8	7,8	1,00			
Sim	8,9	8,3	9,5	1,44	1,29	1,61 < 0,001	
Relação sexual							
Não	7,1	6,8	7,5	1,00			
Sim	8,1	7,8	8,5	1,25	1,16	1,35 < 0,001	

familiar mostraram mais chance de vitimização escolares que referiram ter apanhado de familiares com (ORa 2,35 IC95% 2,2-2,5) e faltaram as aulas sem comunicar aos pais com (ORa 1,40 IC95% 1,31-1,49). Dentre os comportamentos de risco, sofreram mais *bullying* quem teve uso regular do tabaco com (ORa 1,16 IC95% 1,03-1,31). A experimentação de drogas inverteu a direção e mostrou no modelo multivariado, menor chance de vitimização com (ORa 0,82 IC95% 0,74-0,91). Demais variáveis não se mantiveram no modelo multivariado (Tabela 3).

Discussão

O estudo atual sobre adolescentes brasileiros entrevistados na PeNSE 2015 identificou que 7,4% referiram sofrer *bullying*. A análise multivariada apontou que tem maior chance de sofrer *bullying* escolares do sexo masculino, de 13 anos, que estudavam na escola pública, cujas mães não têm escolaridade e que trabalham. Aspectos da saúde mental como solidão e insônia também mostraram mais chance de vitimização, assim como o uso do tabaco, sofrer agressão física dos familiares, faltar às aulas sem avisar aos pais. O uso de drogas foi protetor.

O tema *bullying* tem tido interesse crescente na literatura em anos recentes^{1,26,27}. A prevalên-

cia de vitimização varia em diversos estudos e países. Na Europa e América do Norte estudos descreveram a prevalência de sofrer *bullying* entre 5 a 20%^{28,29}, na África, entre 21 a 40%³⁰. No Brasil, estudo transversal aninhado a uma coorte em Pelotas, em 1.075 alunos, da 1ª à 8ª série, de duas escolas públicas identificou 17,6% do total de 1.075 estudantes sofriam *bullying*³¹. Em Caxias do Sul, RS, no ano de 2011, dentre 1.230 escolares do sexto ano (de 11 a 14 anos), 10,2% eram vítimas e 7,1% praticavam o *bullying*³².

Estas diferentes prevalências podem ser explicadas pelo emprego de metodologias distintas, como o desenho da pesquisa, amostragem, idade pesquisada, questionários utilizados com diferentes perguntas, período e frequência considerados para caracterizar o evento, além dos tipos de *bullying* considerados (verbal, físico, psicológico, sexual, outros)¹⁰ e outras características culturais²⁶.

A maioria das investigações aponta maior ocorrência entre meninos³¹⁻³⁴, embora estudo de Costa et al.²⁶ em Belo Horizonte não tenha encontrado diferença significativa entre os sexos e Ybarra et al.³⁵ tenham encontrado maior frequência de vitimização pela internet entre as meninas. O estudo atual confirmou maior chance entre escolares do sexo masculino após a análise multivariada. Destaca-se a importância desta análise, pois os dados brutos não haviam apontado esta diferença.

Tabela 3. Fatores de risco associados a sofrer *bullying* entre escolares do 9º ano do ensino fundamental. Brasil, 2015.

Variável	OR	IC (95%)		P
		Inferior	Superior	
Idade				
< 13	0,58	0,35	0,95	0,032
13	1,00			
14	0,72	0,67	0,77	< 0,001
15	0,63	0,58	0,69	< 0,001
16 e mais	0,51	0,46	0,57	< 0,001
Sexo				
Masculino	1,00			
Feminino	0,69	0,65	0,73	< 0,001
Escola				
Pública	1,00			
Privada	0,84	0,77	0,92	< 0,001
Escolaridade da mãe				
Sem escolaridade	1,30	1,15	1,47	< 0,001
Primário (incompleto/completo)	1,03	0,95	1,12	0,484
Secundário (incompleto/completo)	1,00	0,92	1,08	0,936
Superior (incompleto/completo)	1,00			
Mora com mãe e ou pai				
Não	1,00			
Sim	1,11	0,98	1,27	0,108
Trabalham atualmente				
Não	1,00			
Sim	1,33	1,23	1,43	< 0,001
Sentir-se solitário				
Não	1,00			
Sim	2,88	2,69	3,08	< 0,001
Insônia				
Não	1,00			
Sim	1,50	1,39	1,62	< 0,001
Amigos				
1 ou mais	1,00			
Não tenho	1,67	1,49	1,86	< 0,001
Apanhar (familiar)				
Não	1,00			
Sim	2,35	2,20	2,51	< 0,001
Faltar às aulas				
Não	1,00			
Sim	1,40	1,31	1,49	< 0,001
Tabaco regular				
Não	1,00			
Sim	1,16	1,03	1,31	0,013
Drogas experimentação				
Não	1,00			
Sim	0,82	0,74	0,91	< 0,001

A maioria dos estudos descreve ocorrência mais elevada em estudantes mais jovens^{27,29,35}, coincidente com o estudo atual, maior chance de sofrer vitimização aos 13 anos, comparados

com 14, 15 e 16 anos e mais. Cabe destacar, que apesar de ocorrência elevada em escolares menores de 13 anos, a mostra da PeNSE é constituída de escolares de 9º ano, concentrando na maioria

estudantes entre 13 e 15 anos, assim a amostra de Nono ano escolar da PeNSE não tem poder estatístico para representar estudantes com menos de 13 anos. Cabe destacar, que nesta mesma pesquisa, o IBGE incluiu subamostra, de alunos por idade, 13 a 17 anos, que confirmou a premissa, de menor prevalência de bullying em escolares de 13 anos².

A PeNSE 2015 identificou associação entre sofrer *bullying* e características como sentir-se sozinho, insônia e a falta de amigos. Este tema é de grande relevância e deve ser monitorado, dado que estudos tem associado *bullying* com solidão, ansiedade, insônia, tristeza, além de depressão, estresse pós-traumático e pensamentos suicidas^{18,35,36}. A literatura aponta a extensão do problema e as graves consequências para a saúde presente e futura dos adolescentes, inclusive o stress pós-traumático³⁷. Assim, a PeNSE 2015 possibilitou identificar estas associações em pesquisa de âmbito nacional, monitorando aspectos da saúde mental, que podem resultar em depressão e graves consequências para a saúde mental.

Diferentes estudos no mundo têm apontado associação entre a vitimização e comportamentos de risco como uso do tabaco, álcool e drogas^{34,35,37,38}. Também no Brasil, estudo realizado em Belo Horizonte, encontrou maior prevalência de *bullying* entre adolescentes que relataram envolvimento em brigas, uso de drogas, episódio de embriaguez e consumo de cigarro²⁶. Malta et al.²⁴ também descreveram associação entre *bullying* e o uso do tabaco nos últimos 30 dias analisando dados para o Brasil. Enquanto Mello et al.²⁷, em análise multivariada da PeNSE 2012 para a região Sudeste, encontraram que o álcool foi fator de proteção para vitimização do *bullying*, o que foi atribuído ao fato de ser consumido por grupos de amigos, tornando-se um fator de socialização e de convívio entre os pares. No estudo atual, apenas o uso do tabaco esteve associado ao *bullying*.

Carvalho et al.²² encontraram que entre os estudantes que sofreram *bullying*, o uso de drogas foi menor. No estudo atual, na análise bruta, a experimentação de drogas mostrou maior chance de vitimização, o que se inverteu na análise multivariada, mostrando-se protetor. Ao testar colinearidade e interação entre as variáveis do domínio comportamentos de risco, dados não mostrados, foi detectada interação negativa entre relação sexual e uso de drogas. Ambos comportamentos são mais frequentes em escolares mais velhos, 15 anos e mais. Assim, o fato do *bullying* ter sido mais frequente em escolares mais jovens, 13 anos, pode explicar a mudança na direção no comportamento da variável “uso de drogas”,

mostrando-se protetora na análise multivariada, por estar associada a escolares mais velhos, que, em geral, sofrem menos *bullying*. Da mesma forma, a perda de significância entre relação sexual e vítimas de *bullying* também pode ser explicado pela interação negativa aqui identificada. Assim, o estudo atual diferiu do que foi descrito na literatura internacional, que tem associado atividade sexual e *bullying*³⁹.

A ocorrência de faltar às aulas sem comunicar aos pais esteve associada ao *bullying*, bem como agressão familiar. Estes indicadores denotam falta de vínculos familiares, ambientes de insegurança e violência, que também resultam em agravos para a saúde física e mental dos adolescentes^{40,41}.

Esta perspectiva associada à vulnerabilidade das vítimas de *bullying* ainda é explicada por estudos que têm apontado que aspectos específicos do baixo autoconceito, seja físico, acadêmico, emocional ou social, e a baixa autoestima, levam a uma maior vitimização ao longo do tempo, bem como podem desencadear comportamentos agressivos¹¹.

Isto posto, reitera-se a importância de se considerar a atenção às vítimas e vítimas agressoras uma vez que é nesse o grupo que podemos evidenciar maior vulnerabilidade uma vez que apresenta um efeito não apenas aditivo, mas reprodutivo do fenômeno, com níveis mais elevados de envolvimento em comportamentos violentos fora da escola, de uso de substâncias, depressão, ansiedade e com os piores resultados em avaliações de ajustamento psicossocial⁴².

Outro tema ainda pouco estudado consiste na relação com o trabalho. Na fase de desenvolvimento dos adolescentes, as relações sociais são propulsoras da construção de valores, de modos de pensar e agir. Assim, crianças e adolescentes inseridas na produção interrompem estes processos e podem sofrer discriminação, o que pode explicar a maior vitimização aqui encontrada em escolares que trabalham⁴³. Ter rendimentos não se manteve no modelo final, *provavelmente pelo fato do trabalho ser marcador do mesmo fenômeno*.

A PeNSE é o mais amplo estudo entre escolares no país, representando Brasil, Unidades Federadas, capitais, escolas públicas e privadas, além de inserir diversos temas de interesse para a saúde do escolar. Como se trata de informações autorreferidas, pode-se esperar diferenças na interpretação sobre o ato de sofrer o *bullying* e as demais variáveis. As associações aqui identificadas devem ser vistas com reserva, em função do modelo transversal e na medida simultânea do *bullying* e fatores associados, limitando afirmações sobre temporalidade. Além disto, sentimentos de abandono, solidão e tristeza das vítimas,

podem leva-los a adotar comportamentos de risco²². Outras variáveis associadas com o evento, podem não ter sido incluídas no estudo atual.

Conclusão

Conclui-se pela associação entre a vitimização na escola e variáveis sociodemográficas, como ser do sexo masculino, mais jovem, com piores condições socioeconômicas, como filhos de mães sem

estudo, que estudam na escola pública e trabalham. Contribuem ainda ambiente familiar desfavorável, como agressão familiar, sem diálogos, sofrimento mental, e escolares com uso regular do tabaco. Estes dados podem apoiar políticas públicas de proteção. O *bullying* pode afetar a saúde física e mental dos adolescentes, demandando atuação integrada de educadores, profissionais de saúde, pais e a comunidade em geral. As iniciativas devem se pautar pela promoção da saúde e proteção, integralidade e intersetorialidade.

Colaboradores

DC Malta 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. FCM Mello e MA Iossi Silva contribuíram na concepção do estudo, análise dos dados, análise crítica e revisão final do texto. MMA Silva, ACMG Nogueira de Sá, MFM Souza e IV Pinto, contribuíram na análise crítica e revisão final do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, apoio TED.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. [Health Policy for Children and Adolescents, N° 6]
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2015* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acessado 2017 Fev 01]. Disponível em: https://www.iciet.fiocruz.br/sites/www.iciet.fiocruz.br/files/PEN-SE_Saude%20Escolar%202015.pdf
3. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Tendência dos fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2009 e 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):77-91.
4. Brasil. Lei nº 13.185, de 06 de novembro de 2015. Institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*). *Diário Oficial da União* 2015; 9 nov.
5. Lopes Neto AA. Ações antibullying. In: Lopes Neto AA. *Bullying: saber identificar e como prevenir*. São Paulo: Brasiliense; 2011. p. 62-100.
6. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). *Adolescência: uma fase de oportunidades* [Internet]. 2011. New York: Unicef; 2011 [citado 2014 Mar 19]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
7. Berger KS. Update on bullying at school: Science forgotten? *Dev Rev* 2007; 27(1):90-126.
8. Olweus D. Bullying at school. Long-term outcomes for the victims and an effective school-based intervention program. In: Huesmann LR, editor. *Aggressive Behavior: Current Perspectives*. New York: Plenum Press; 1994. p. 97-130.
9. Lisboa C, Braga LL, Ebert G. O fenômeno *bullying* ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *Contextos Clínic* 2009; 2(1):59-71.
10. Pigozi PL, Machado AL. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. *Cien Saude Colet* 2015; 20(11):3509-3522.
11. Sanders CE, Phye GD. *Bullying: implications for the classroom*. London: Elsevier Academic Press; 2004.
12. Lamb J, Pepler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Can Fam Physician* 2009; 55(4):356-360.

13. World Health Organization (WHO). *Inequalities young people's health: key findings from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2005/2006 survey fact sheet*. Copenhagen: WHO; 2008. [Health Policy for Children and Adolescents, No. 5].
14. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, Currie C; Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005; 15(2):128-132.
15. Sharp S, Thompson D. Sources of stress: a contrast between pupil perspectives and pastoral teachers' perspectives. *Sch Psychol Int* 1992; 13(3):229-241.
16. Stone S, Han M. Perceived school environments, perceived discrimination, and school performance among children of Mexican immigrants. *Child Youth Serv Rev* 2005; 27(1):51-66.
17. Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Bullying escolar um fenômeno multifacetado. *Educ Pesqui* 2016; 42(1):181-198.
18. Henry KL, Lovegrove PJ, Steger MF, Chen PY, Cigularov KP, Tomazic RG. The potential role of meaning in life in the relationship between bullying victimization and suicidal ideation. *J Youth Adolesc* 2013; 43(2):221-232.
19. Levasseur M, Kelvin EA, Grosskopf N. Intersecting identities and the association between bullying and suicide attempt among New York city youths: results from the 2009 New York city youth risk behavior survey. *Am J Public Health* 2013; 103(6):1082-1089.
20. Malta DC, Porto DL, Crespo CD, Silva MMA, Andrade SSC, Mello FCM, Monteiro R, Silva MAI. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):92-105.
21. Oliveira WA, Silva MAI, Mello FCM, Porto DL, Yoshinaga ACM, Malta DC. Causas do bullying: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artigo Original Forthcoming 2015 DOI: 10.1590/0104-1169.0022.2552 www.eerp.usp.br/rlae
22. Carvalhosa S, Lima L, Matos MG. Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português. *Anál Psicol* 2001; 4(19):523-537.
23. Cruz DMC, Silva JT, Alves HC. Evidências sobre violência e deficiência: implicações para futuras pesquisas. *Rev Bras Educ Espec* 2007; 13(1):131-146.
24. Malta DC, Prado RR, Dias AJC, Mello FCM, Silva MAI, Costa MR, Caiaffa WT. *Bullying* e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):131-145.
25. Malta DC, Porto DL, Crespo CD, Silva MMA, Andrade SAC, Mello FCM, Monteiro R, Silva MAI. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):92-105.
26. Costa MR, Xavier CC, Andrade AC, Proietti FA, Caiaffa WT. *Bullying* among adolescents in a Brazilian urban center - "Health in Beagá Study". *Rev Saude Publica* 2015; 49(56):1-10.
27. Mello FCM, Malta DC, Prado RR, Farias MS, Alencastro LCS, Silva MAI. Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(4):866-877.
28. Carlyle KE, Steinman KJ. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent bullying at school. *J Sch Health* 2007; 77(9):623-629.
29. Schnohr C, Niclasen BV. Bullying among Greenlandic school children: development since 1994 and relations to health and health behavior. *Int J Circumpolar Health* 2006; 65(4):305-312.
30. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse Negl* 2007; 31(2):161-171.
31. Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J Pediatr (Rio J)* 2011; 87(1):19-23.
32. 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.
33. Fleming LC, Jacoben KH. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promot Int* 2010; 25(1):73-84.
34. Klomek AB, Marroco F, Kleinman M, Schnofeld IS, Gould MS. Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38(2):166-180.
35. Ybarra ML, Diener-West M, Leaf PJ. Examining the overlap in internet harassment and school bullying: implications for school intervention. *J Adolesc Health* 2007; 41 (6 Supl. 1):S42-50.
36. Morris EB, Zhang B, Bondy SJ. Bullying and smoking: examining the relationships in Ontario adolescents. *J Sch Health* 2006; 76(9):465-470.
37. Albuquerque PP, Williams LCA, D'Afonseca SM. Efeitos Tardios do *Bullying* e Transtorno de Estresse Pós Traumático: Uma Revisão Crítica. *Psic Teor Pesq* 2013; 29(1):91-98.
38. Tharp-Taylor S, Haviland A, D'Amico EJ. Victimization from mental and physical bullying and substance use in early adolescence. *Addict Behav* 2009; 34(6-7):561-567
39. Rudatsikira E, Siziya S, Kazembe LN, Muula AS. Prevalence and associated factors of physical fighting among school-going adolescents in Namibia. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 6:18.
40. Andrade SC, Yokota RT, Sá NN, Silva MM, Araújo WN, Mascarenhas MM, Malta DC. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1725-1736.
41. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics* 2007; 119(1):47-53.
42. Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. *Educ. Pesqui.* 2016; 42(1):181-198.
43. Cruz MNA, Assunção AA. Estrutura e Organização do Trabalho Infantil de Rua em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Saúde Soc.* 2008; 17(1):131-142.

Artigo apresentado em 20/01/2017

Aprovado em 18/04/2017

Versão final apresentada em 22/06/2017