

Autopercepção negativa de saúde associada à violência escolar em adolescentes

Negative self-perceived health associated with school violence in adolescents

Bruno Rafael Vieira Souza Silva ¹
Alison Oliveira da Silva ²
Muana Hiandra Pereira dos Passos ¹
Fernanda Cunha Soares ¹
Paula Andréa de Melo Valença ¹
Valdenice Aparecida de Menezes ¹
Viviane Colares ¹
Carolina da Franca Bandeira Ferreira Santos ¹

Abstract *Objective:* To verify the association between negative self-perception of health and school violence in adolescent students of the Municipality of Olinda (PE), Brazil. *Methods:* This is a cross-sectional, analytical and school-based study with a sample consisting of 2,614 adolescents selected through a strategy of random sampling in conglomerates. The information was obtained through the questionnaire “Youth Risk Behavior Survey” from which the issues of violence and self-perceived health were retrieved. *Data* were tabulated by Epi-data version 3.1 program and transcribed for SPSS version 22. The Chi-square test and the stepwise binary logistic regression model were used for data analysis. *Results:* We observed that 26.7% of adolescents had a negative self-perception of health, and this was greater among girls. Concerning school violence, negative self-perception was associated with feelings of sadness, suicidal thoughts, bullying at school, robbery at school and safety at school. *Gender and age* were also associated ($p < 0.05$). *Conclusion:* We reinforce the need for culture and peace actions in adolescence, involving the school environment to reflect on poor health assessed by adolescents and reduce the rate of violence.

Key words *Diagnostic self-evaluation, Adolescent health, Violence, Adolescent*

Resumo *O objetivo deste artigo é verificar a associação entre autopercepção negativa em saúde e violência escolar em adolescentes estudantes do Município de Olinda - PE. Estudo transversal, analítico e de base escolar com amostra constituída por 2.614 adolescentes, selecionados por meio de uma estratégia de amostragem aleatória em conglomerados. As informações foram obtidas através do questionário “Youth Risk Behavior Survey” de onde foram retiradas as questões de violência bem como da autopercepção de saúde. Os dados foram tabulados pelo programa Epi-data versão 3.1 e transcrito para o SPSS versão 22. Utilizou-se os teste do Qui-quadrado e o modelo de regressão logística binária stepwise para análise dos dados. Observou-se que 26,7% dos adolescentes tinham uma autopercepção negativa em saúde, sendo maior entre as moças. Em relação à violência escolar, a autopercepção negativa esteve associada ao sentimento de tristeza, pensamento suicida, bullying na escola, roubado na escola e segurança na escola. Sexo e idade também se mantiveram associadas ($p < 0.05$). Reforça-se a necessidade de ações de cultura e paz na adolescência, envolvendo o ambiente escolar, a fim de refletir na análise de saúde pobre dos adolescentes reduzindo também o índice de violência.*

Palavras-chave *Autoavaliação diagnóstica, Saúde do adolescente, Violência, Adolescente*

¹ Programa de Pós-Graduação em Hebiatria, Universidade de Pernambuco (UPE). Av. Gov. Agamenon Magalhães, Santo Amaro. 50100-010 Recife PE Brasil. brunorafael45@hotmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UPE. Recife PE Brasil.

Introdução

A sociedade atual vem cada vez mais apreciando as diferentes facetas em que se caracteriza o fenômeno denominado violência. A violência é definida como (...) “uso intencional da força física ou do poder, de modo real ou em ameaça, auto-inflingida, interpessoal ou coletiva, que resulte ou tenha alta probabilidade de resultar lesão, óbito, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação e o ato violento pode ser de natureza física, sexual, psicológica ou negligência”¹. De certa forma, a violência muito se relaciona pela característica do poder sobre o outro, conquistas pessoais ou superioridade o que retrata diversas formas de violência².

A Organização Mundial de Saúde³ afirma que “a violência é uma constante na vida de um grande número de pessoas em todo o mundo, de todas as gerações, grupos sociais e culturais, denunciando sua presença desde os espaços públicos até os privados, perpassando pelos locais de trabalho, o seio familiar, além das variadas instituições de convivência social, inclusive as escolas”. Nesse sentido o ambiente escolar é um local que, para além de ter o encargo de educar e reportar saberes tende também a auxiliar o pleno desenvolvimento dos alunos, a promoção de valores e relações interpessoais⁴⁻⁶.

Na escola, acontece uma troca cultural, obtendo-se uma interação e aceitação de diferenças, onde os alunos aprendem a partilhar os seus interesses, suas alegrias e tristezas, principalmente na adolescência. Segundo Jacobson et al.⁷, a adolescência se apresenta como uma fase de aquisição de hábitos saudáveis, bem como de exposição a situações de risco com efeitos significativos no presente e no futuro. Atualmente, a violência escolar tem sido objeto de investigações científicas^{2,8,9} seja pela agressão ao próximo, ou pela autoagressão^{10,11}.

Com atenção aos altos índices de violência na escola, pesquisas sobre a determinada temática percorrem o mundo, passando também a estudar a violência escolar por meio da faceta denominada *Bullying*¹²⁻¹⁴. Lopes Neto¹⁵ em seu estudo, que visou alertar a alta prevalência de *bullying* apontando a conscientização para a prevenção, caracterizou *bullying* como por atos repetidos de opressão, tirania, agressão (física ou verbal) e dominação de pessoas¹⁵. Araújo et al.¹⁶ completa a informação apontando que é um conjunto de comportamentos agressivos, físicos ou psicológicos que também vêm a ocorrer no contexto escolar¹⁶. Ainda com enfoque na violência rela-

cionada à escola, o suicídio também é um tipo de violência que acomete a população adolescente. É um tipo de violência autoinflingida de causas externas e tem aumentado na população jovem das cidades brasileiras, provocando impacto na saúde pública¹⁷, podendo ter influência do ambiente escolar.

Embora a violência já apareça como uma forma alarmante, na população adolescente é de suma importância saber como os que sofrem algum tipo de violência caracterizam sua saúde. A autopercepção de saúde tem sido bastante utilizada em estudos de base populacional se apresentando como uma ferramenta útil e simples para avaliação do estado de saúde também se caracterizando como um método seguro^{18,19}, e normalmente ela está interligada a alguns fatores ou comportamentos de riscos^{20,21}. Em estudo realizado no Irã com 3.827 escolares com objetivo de avaliar os preditores da autopercepção em saúde, foi possível observar uma associação entre exposições crescentes à violência e uma autopercepção negativa em saúde^{7,13}. Diante desse contexto é plausível que a violência que atinge tão profundamente os adolescentes brasileiros por interferir em diferentes aspectos sociais, psicológicos e físicos seja importante determinante da autopercepção em saúde. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é verificar a associação entre autopercepção negativa em saúde e violência escolar em adolescentes estudantes do Município de Olinda - PE.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, caráter descritivo e analítico e de base escolar, que representa parte de um projeto maior, que tem por título “Atenção à saúde do adolescente nos serviços públicos de Olinda” no qual se avalia diferentes condutas de saúde entre os adolescentes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco, conforme preconizado pelo CONEP, seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência. Além disso, a presente pesquisa teve a anuência da gerência regional de educação – Metropolitana Norte, nos disponibilizando também dados sobre o senso escolar do ano 2016.

A população alvo deste estudo foi limitada aos estudantes da rede pública de ensino médio

da cidade de Olinda - PE, com idade entre 14 a 19 anos. Para o cálculo amostral foram adotados os seguintes parâmetros: População estimada de 8.319 estudantes; intervalo de confiança de 95%; erro máximo tolerável de 4%; efeito de delineamento amostral de 4.0. E por se tratar de estudo abrangendo a análise de múltiplos comportamentos de risco e com diferentes frequências de ocorrência, definiu-se a prevalência estimada em 50%. Com objetivo de reduzir as perdas (recusas) na aplicação do estudo, decidiu-se então aumentar em 20% o número da amostra, chegando então a uma amostra média a ser alcançada de 2.236 estudantes.

Como o município de Olinda não há divisão territorial em relação à educação foram consideradas, para distribuição geográfica das escolas, as dez regiões político administrativas para saúde (RPA), para melhor garantir que os estudantes representassem a população alvo, bem como o tamanho da escola e o turno (matutino/vespertino). As escolas foram classificadas de acordo com o número de alunos matriculados em: pequeno porte (menos que 200 alunos); médio (de 200 a 499 alunos) e grande porte (mais de 500 alunos). Todos os estudantes das turmas sorteadas foram convidados a participar do estudo.

Na seleção dos sujeitos recorreu-se a amostragem aleatória estratificada por conglomerados em dois estágios, sendo a “escola” e a “turma” as unidades amostrais no primeiro e no segundo estágio, respectivamente. No primeiro estágio, adotou-se o porte da escola. No segundo, considerou-se a quantidade de turmas nas escolas sorteadas por período de estudo (matutino/vespertino) e séries de ensino (1ª, 2ª e 3ª ano do ensino médio).

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma versão adaptada do questionário estruturado e validado (bem como adaptado para este estudo), construído para a população adolescente *Youth Risk Behavior Survey (YRBS)*, versão 2013. O questionário foi aplicado em sala de aula, sem a presença dos professores, com todos os alunos presentes no dia da coleta e que concordaram em participar do estudo. Os estudantes foram acompanhados por dois aplicadores, devidamente treinados que auxiliaram no esclarecimento das dúvidas e preenchimento do questionário. Os alunos foram informados que sua participação era voluntária e que os questionários não continham qualquer tipo de identificação pessoal, bem como poderiam desistir a qualquer momento da coleta de dados. Um termo de consentimento foi usado para obter autorização dos pais

de estudantes com idade inferior a 18 anos para que participassem do estudo. Ademais, todos os estudantes que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e indicaram a sua concordância em participar do estudo.

A variável dependente deste estudo foi a “Autopercepção negativa de saúde” que é dada a partir da seguinte pergunta: De maneira geral como você classifica sua saúde? E a resposta dada da seguinte maneira: Nada Saudável; Não Muito Saudável; Saudável Bastante Saudável; Completamente Saudável. Para fins de análise as alternativas foram categorizadas de forma dicotômica: Positiva (Saudável/ Bastante Saudável/ Completamente Saudável) e negativa (Nada Saudável/ Não Muito Saudável).

As variáveis sociodemográficas analisadas nesse estudo foram: Sexo (masculino/feminino); idade (12 a 15/ 16 a 19) e renda familiar (< 1 salário/ >1 salário mínimo). Em relação às variáveis independentes, obtivemos as questões categorizadas da seguinte maneira: Sentiu-se triste (sim/não); pensamento suicida (sim/não); falta de segurança na escola (sim/não); ameaçado na escola (sim/não); furtado na escola (sim/não); luta corporal na escola (sim/não) e *bullying* na escola (sim/não).

A tabulação dos dados foi efetuada no Epi-Data (versão 3.1). Recorreu-se à dupla digitação a fim de conferir erros na entrada dos dados que, quando identificados, foram corrigidos com base nos valores originais das variáveis. As análises estatísticas realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 para Windows. As diferenças entre as variáveis categóricas foram avaliadas através do teste de Qui-quadrado de Pearson (²). Realizou-se regressão logística binária stepwise para analisar os fatores associados à autopercepção em saúde (0: nenhum risco, 1 grupo de risco), a mesma foi a variável dependente e todas as variáveis com ‘valor p’ inferior a 0,25 no teste de Qui-quadrado entraram no modelo de regressão como variáveis independentes. No modelo de regressão final (modelo ajustado II) o sexo e idade foram considerados como uma covariável. A significância estatística foi estabelecida em $\alpha = 0,05$.

Resultados

A amostra final do estudo foi composta por 2.614 adolescentes, destes, 65,6% (n = 1.655) com idade entre 16 e 19 anos, 55% (n = 1.390) do sexo fe-

minino, 39,1% (n = 615) com uma renda familiar mensal menor ou igual a um salário mínimo. A prevalência da autopercepção negativa em saúde foi de 26,7% (32,9% para as moças e 19,1% para os rapazes $p < 0,001$). A Tabela 1 apresenta dados da autopercepção negativa associada às demais variáveis independentes analisadas neste estudo.

A autopercepção negativa em saúde esteve associada ao sexo ($p < 0,001$), à renda ($p < 0,001$) bem como aos adolescentes que se sentiram tristes ($p < 0,001$); que já pensaram em suicídio ($p < 0,001$); que sofreram *bullying* na escola ($p < 0,001$); que não se sentem seguros na escola ($p < 0,001$) e com os que já foram roubados na escola ($p < 0,001$). A Tabela 2 apresenta dados da regressão logística binária, realizada com os valores associados com $p < 0,020$, nos traz informações

da regressão logística bruta, regressão logística ajustada I (utilizou a autopercepção negativa em saúde ajustada aos comportamentos de risco) e a regressão logística ajustada II (que além dos comportamentos de risco utilizou como ajuste sexo e idade).

No modelo bruto, apenas a variável independente “roubado na escola” ($p < 0,047$) não se manteve associado à autopercepção negativa em saúde de adolescentes. No modelo ajustado I as variáveis “falta de segurança na escola” não se manteve associado, bem como “roubado na escola” ($p < 0,59$). No modelo ajustado II, após a inclusão das variáveis sexo e idade mantiveram-se associados às variáveis sentimento de tristeza, pensamento suicida e *bullying* na escola ($p < 0,001$).

Tabela 1. Associação entre variáveis independentes e autopercepção de saúde em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de ensino do município de Olinda-PE. (n = 2.614)

Variáveis Sociodemográficas	Autopercepção de saúde N(%)		Total	Valor p
	Positiva	Negativa		
Sexo				$p < 0,001^a$
Feminino	932 (67,1)	458 (32,9)	1390 (55,0)	
Masculino	921 (80,9)	218 (19,1)	1139 (45,0)	
Idade				$p < 0,047$
12 a 15 anos	649 (75,7)	208 (24,3)	857 (34,1)	
16 a 19 anos	1192 (72,0)	463 (28,0)	1655(65,9)	
Renda familiar				$p < 0,001^a$
Até 1 salário	413 (67,2)	202 (32,8)	615 (39,1)	
> 1 salários	715 (74,8)	241 (25,2)	956 (60,9)	
Sentimento de Tristeza				$p < 0,001^a$
Sim	396 (58,8)	280 (41,4)	676 (27,0)	
Não	1435 (78,6)	390 (21,4)	1825 (73,0)	
Pensamento Suicida				$p < 0,001^a$
Sim	222 (53,4)	194 (46,6)	416 (18,8)	
Não	1589 (77,2)	469 (22,8)	2058 (83,8)	
Bullying Escolar				$p < 0,001^a$
Sim	310 (62,9)	183 (37,1)	493 (20,2)	
Não	1479 (75,9)	470 (24,1)	1949 (79,8)	
Falta de Segurança na Escola				$p < 0,001^a$
Sim	278 (64,7)	152 (35,3)	430 (17,1)	
Não	1562 (74,9)	523 (25,1)	2085 (82,9)	
Roubado na Escola				$p < 0,001^a$
Sim	345 (69,8)	149 (30,2)	494 (19,7)	
Não	1497 (74,3)	519 (25,7)	2016 (80,3)	
Luta Corporal na Escola				$p < 0,207$
Sim	203 (70,5)	85 (29,5)	304 (12,1)	
Não	2.626 (73,8)	577 (26,2)	2203 (87,9)	

Nota: a) Valor de P significativo (qui-quadrado).

Tabela 2. Análise do OddsRatio (OR), bruto e ajustado I e Ajustado II, em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de ensino do município de Olinda-PE.

Variáveis	Modelo Bruto		Modelo Ajustado I		Modelo Ajustado II	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Sentimento de Tristeza						
Sim	2.60 (2.15-3.14)	0.001	1.77 (1.42-2.20)	0.001	1.67 (1.34-2.09)	0.001
Não	1		1		1	
Pensamento Suicida						
Sim	3.68 (1.50-2.29)	0.001	2.05 (1.60-2.63)	0.001	1.93 (1.50-2.50)	0.001
Não	1		1		1	
Bullying na Escola						
Sim	1.85 (1.50-2.29)	0.001	1.48 (1.18-1.86)	0.001	1.51 (1.19-1.91)	0.001
Não	1				1	
Falta de Segurança na Escola						
Sim	1.63 (1.30-2.03)	0.001	1.27 (1.00-1.63)	0.047	1.25 (0.97-1.59)	0.075
Não	1		1		1	
Roubado na Escola						
Sim	1.12 (1.03-1.54)	0.047	0.93 (0.73-1.19)	0.599	1.00 (0.78-1.28)	0.974
Não	1		1		1	

Modelo ajustado I = Variável dependente + variáveis independentes/ Modelo ajustado II = Variável dependente + variáveis independentes + Sexo e Idade.

Discussão

O presente estudo analisou a prevalência da autopercepção negativa em saúde bem como sua associação com a violência escolar em 2.614 adolescentes regularmente matriculados no ensino médio das escolas públicas do município de Olinda - PE. A prevalência da autopercepção negativa em saúde foi de 26,7%, sendo superior àquela encontrada em estudos nacionais²⁰⁻²³, inclusive nos realizados no Nordeste, como, por exemplo, o de Mendonça e Cazuzza²², o qual apontou que 15,8% dos adolescentes de João Pessoa - PB apresentam uma autopercepção negativa em saúde.

Em relação ao sexo, a autopercepção negativa em saúde foi maior para o feminino quando comparado ao masculino (32,9% versus 19,1% - $p < 0.001$), resultado que aparece frequentemente em outros estudos^{20,23,24}. Uma justificativa para esse resultado é que as moças apresentam maior sensibilidade para detectar alterações fisiológicas e considerar hábitos inadequados à saúde²⁵, e pelo fato de serem mais atenciosas quanto aos cuidados de saúde (por exemplo, realizar periodicamente exames de rotina) e perceberem a saúde de forma mais global, considerando aspectos físicos, mentais e sociais²¹.

A literatura aponta dados a respeito da idade dos adolescentes, informando que os mais velhos

tendem a apresentar um percentual de autopercepção negativa em saúde maior quando comparado aos mais novos^{20,22,26}. Neste estudo não foi diferente, mesmo apresentando um valor de p não significativo ($p < 0.047$) é importante ressaltar que os adolescentes entre 16 e 19 anos tiveram maior índice de autopercepção negativa em saúde quando comparados aos com idade entre 12 e 15 anos (28,0% versus 24,3%). Acredita-se que, com o aumento da idade, os adolescentes passem a conceber a saúde como um construto que vai além da ausência de doenças^{20,27}.

Adolescentes com baixa renda familiar estão mais propensos a classificar sua saúde de forma negativa^{26,28}. Sabe-se que a renda representa um componente determinante no maior acesso a outras formas de atividades de lazer, educação, moradia e serviços de saúde. Consequentemente, um poder aquisitivo superior tende a atuar como um mediador do nível de saúde percebida²¹. Em relação aos adolescentes de Olinda-PE, aqueles que apresentaram uma renda mensal familiar de até um salário mínimo mostraram-se associados com a autopercepção negativa em saúde ($p < 0.001$).

Em relação ao comportamento de violência escolar, as consequências desse ato podem ser sérias, apresentando um reflexo negativo para a saúde inclusive esta de uma forma geral²⁹. Os comportamentos de violência associados à auto-

percepção negativa em saúde do presente estudo foram: Sentimento de tristeza; pensamento suicida; *bullying* escolar; falta de segurança na escola e ser furtado na escola. Os adolescentes que alegaram ter se sentido triste nos últimos 12 meses, levando a interrupção de suas atividades habituais, apresentaram 2.60 mais chances de ter uma autopercepção negativa em saúde em relação aos que não se sentiram tristes nos últimos 12 meses (IC95% 2.15-3.14). Altos índices de sentimento de tristeza em adolescentes também são descritos em outros estudos^{1,29}.

O suicídio, que cada vez mais vem acometendo a população jovem, e afeta outras pessoas quando ocorre na escola, vem provocando um enorme impacto na saúde pública²⁹. Spein et al.²⁴, apresentaram em seus dados que adolescentes que pensam em se suicidar têm 4.57 vezes mais chances de apresentar uma autopercepção negativa em saúde (IC95% 2.48-8.44). Em nossos resultados, os adolescentes que pensaram em suicídio nos últimos 12 meses apresentaram 3.68 vezes mais chances de ter uma autopercepção negativa de sua saúde.

A literatura atual apresenta poucas informações relacionadas ao *bullying* em associação com a autopercepção de saúde. Porém, existem informações importantes abordando o desenvolvimento de problemas de saúde em adolescentes que sofrem *bullying*³⁰, o que tem uma interligação direta com o estado de saúde autoavaliada, bem como a saúde mental do adolescente¹. Os adolescentes que sofreram *bullying* escolar mostraram uma prevalência de 20,2% (n = 493), que se manteve associado à autopercepção negativa em saúde $p < 0.001$ (OR = 1.85; 1.50-2.29). Segundo Lopes Neto¹⁵, a redução da prevalência de *bullying* nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva para o século XXI.

De acordo com dados do PeNSE, Malta et al.³¹ apontaram que 6,4% dos adolescentes das escolas das grandes capitais brasileiras se sentem inseguros em ir à escola. Resultados de insegurança na escola também são retratados na cidade de Montes Claros em que apresenta uma prevalência de 9,2%²⁹. Para os adolescentes de Olinda-PE, 17,1 (N = 430) informaram que se sentem inseguros em estar na escola pela falta de segurança que ocorre na mesma. Esses dados se mantiveram associados à autopercepção negativa em saúde $p < 0.001$.

Ser furtado na escola apontou 1.63 vezes mais chances dos adolescentes terem uma autopercepção negativa em saúde $p < 0.001$. A prevalência de furtos na escola foi de 19,7% (N = 494), o que

se mostra um pouco superior ao estudo realizado por Pena et al.²⁹, que apresentou uma prevalência de 18,7% de adolescentes furtados nas escolas de Montes Claros. A sensação de inferioridade após ter sido furtado/roubado, pode vir a desenvolver alguns agravos psicológicos que vem a ser prejudicial à saúde mental dos adolescentes. Em relação à análise ajustada para os fatores de violência associado à autopercepção negativa em saúde de adolescentes, as variáveis sentimento de tristeza, pensamento suicida e *bullying* permaneceram associadas ao nosso desfecho. Uma observação especial para a variável "*Bullying* na escola", que após o ajuste de sexo e idade apresentou uma evolução do risco de 1.48 para 1.51 (IC95% 1.19-1.91).

O presente estudo apresenta algumas limitações: Por tratar-se de um estudo de base escolar, não é possível generalizar os dados para todos os adolescentes do município de Olinda - PE. Em relação ao delineamento transversal, é importante ressaltar que pode ocorrer um viés de causalidade nas respostas. Destaca-se também que a autopercepção de saúde representa o modo em que se percebe a saúde física, outros aspectos como autoestima, pessimismo/otimismo podem interferir nas respostas para aquela ocasião. De antemão, este estudo apresenta pontos positivos que merecem ser destacados. Foi utilizada uma amostra representativa de adolescentes do ensino médio com uma ampla faixa etária (14 a 19 anos) e diferentes características sociodemográficas. Ressalta-se que todos os procedimentos metodológicos foram aplicados com ética, bem como a utilização de instrumentos previamente testados e validados com níveis aceitáveis de reprodutibilidade, aplicados por pessoas treinadas apontando-se como outro ponto forte deste estudo.

Conclusão

A associação entre a autopercepção negativa em saúde e os comportamentos de violência (Sentimento de tristeza; pensamento suicida; *bullying* escola; insegurança na escola e furtado na escola) se manteve presente em nossos resultados. Com os resultados advindos do presente estudo, espera-se uma contribuição para a compreensão da violência escolar, preenchendo uma lacuna relacionada aos agravos que a mesma pode causar em relação à autopercepção que os adolescentes têm de sua saúde. Os dados aqui apresentados indicam a necessidade de ações de cultura e paz na adolescência, envolvendo o ambiente escolar, para que se possa refletir na análise de saúde dos

adolescentes, alterando assim esse status de alto índice de violência fortalecendo a ideia de que isso não é algo banal e esperado para essa faixa etária.

Colaboradores

BRVS Silva trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica, aprovação da versão a ser publicada, MHP Passos, AO Silva e FC Soares participaram da revisão crítica dos dados e confronto dos resultados. CFBF Santos, VC Amorim, VA Menezes e PAM Valença da redação e revisão crítica do artigo.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (WHO). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization Press; 2002.
2. Marriel LC, Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Violência escolar e autoestima de adolescentes. *Cad Pesqui* 2006; 36(127):35-50.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Informe mundial sobre la violencia e la salud. Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud*. Washington: OMS; 2002.
4. Ferraz S, Pereira B. Comportamentos de *bullying*: Estudo numa escola técnico profissional. In: Condessa I, Pereira B, Carvalho C, coordenadores. *Atividade física, saúde e lazer. Educar e Formar*. Braga: Universidade do Minho; 2012. p. 93-99.
5. Gonçalves MH. *Bullying - A violência nas organizações escolares, quando os professores são as vítimas: Um estudo descritivo na Região Autónoma da Madeira* [dissertação]. Funchal: Universidade da Madeira; 2011.
6. Haber J, Glatzer J. *Bullying - Manual anti-agressão - Proteja o seu filho de provocações, abusos, insultos*. Alfragide: Casa das Letras; 2009.
7. Jacobson LSV, Andrade CLT, Carmo CN, Mourão DS, Hacon SS. Trend in mortality due to external causes in the State of Espírito Santo, Brazil, from 1994 to 2005. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(1):82-91.
8. Martins MJ. Agressão e vitimização entre adolescentes, em contexto escolar: Um estudo empírico. *Análise Psicológica* 2005; 4 (23):401-425.
9. Priotto EP, Boneti LW. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. *Revista Diálogo Educacional* 2009; 9(26):161-179.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
11. Villela LCM, Moraes SA, Suzuki CS, Freitas ICM. Tendência da mortalidade por homicídios em Belo Horizonte e região metropolitana: 1980-2005. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):486-95.
12. World Health Organization (WHO). *Inequalities in young people's health. Health behavior in school-aged children international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO; 2008.
13. Smith-Khuri E, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Gabhainn SN, Pickett W, Harel Y. A cross-national study of violence-related behaviors in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(6):539-544.

14. Rudatsikira E, Muula AS, Siziya S. Prevalence and correlates of physical fighting among school-going adolescents in Santiago, Chile. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(3):197-202.
15. Lopes Neto AA. *Bullying*: comportamento agressivo entre estudantes. *Jornal de Pediatria* 2005; 81(5):164-172.
16. Araújo LS, Coutinho MPL, Miranda RS, Saraiva ERA. Universo consensual de adolescentes acerca da violência escolar. *Psico-USF* 2012; 17(2):243-251.
17. Castro ML, Cunha SS, Souza DPO. Comportamento de violência e fatores associados entre estudantes de Barra do Garças, MT. *Rev Saude Publica* 2011; 45(6):1054-1061.
18. Oliveira CCC, Scheuer CI, Scivoletto S. Alopecia secundária ao uso inibidor seletivo da recaptção da serotonina: relato de dois casos. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(4):339-342.
19. Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prattala R, Klumbiene J, Pudule I. Association between health behaviour and selfreported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *Eur J Public Health* 2004; 14(1):32-36.
20. Meireles AL, Xavier CC, De Souza Andrade AC, Proietti FA, Caiiffa WT. Self-rated health among urban adolescents: The roles of age, gender, and their associated factors. *PLoS One* 2015; 10(7):1-14.
21. Sousa TFS, Silva KS, Garcia LMT, Del Duca GF, Oliveira ESA, Nahas MV. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2010; 28(4):333-339.
22. Mendonça G, Cazuzza JFJ. Percepção de saúde e fatores associados em adolescentes. *Rev. Bras. Atividade Física e Saúde* 2012; 17(3):174-180.
23. Farias Júnior JC, Lopes ADS, Mota J, Hallal PC. Prática de atividade física e fatores associados em adolescentes no Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica* 2012; 46(3):505-515.
24. Spein AR, Pedersen CP, Silviken AC, Melhus M, Kvernmo SE, Bjerregaard P. Self-rated health among Greenlandic Inuit and Norwegian Sami adolescents: associated risk and protective correlates. *Int J Circumpolar Health* 2013; 72:19793.
25. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ* 2001; 100(7):35-39.
26. Richter M, Moor I, van Lenthe FJ. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(8):691-697.
27. Galán I, Boix R, Medrano MJ, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barriuso R, Moreno C. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population-based study. *BMJ Open* 2013; 3:5.
28. Afridi AAK, Motwani K, Khawaja S, Khoja AA, Fatmi Z, Azam I, Kadir MM. Self-perceived health among school going adolescents in Pakistan: influence of individual, parental and life style factors? *Glob J Health Sci* 2013; 5(4):71-78.
29. Pena GG, Mendes JCL, Silveira AP, Martins TCR, Vieira RG, Silva NSS, Silva RRV. Comportamentos de risco para a saúde de adolescentes da rede pública de ensino. *Adolesc. Saude, Rio de Janeiro* 2016; 13(1):36-50.
30. Bandeira CM, Hutz CS. As implicações do *bullying* na autoestima dos adolescentes. *Rev. Semestral Psic. Escolar e Educacional - SP* 2010; 14(1):131-138.
31. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CDS, Andreazzi MAR, Crespo C, Mascarenhas MDM, Porto DL, Figueroa ALG, Morais Neto OL, Penna GO. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(30):53-63.

Artigo apresentado em 14/10/2017

Aprovado em 26/02/2018

Versão final apresentada em 14/05/2018