

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ROBERTA RIGATTI

PREDITORES DE BULLYING ESCOLAR EM ADOLESCENTES

Porto Alegre

2019

ROBERTA RIGATTI

PREDITORES DE BULLYING ESCOLAR EM ADOLESCENTES

Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, inserido na área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem; na linha de pesquisa: Saúde mental e enfermagem; Eixo temático: Saúde mental na escola.

Orientadora: Profa. Dra. Elizeth Heldt.

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Rigatti, Roberta
Preditores de bullying escolar em adolescentes /
Roberta Rigatti. -- 2019.
84 f.
Orientadora: Elizeth Heldt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2019.

1. Bullying. 2. Preditores. 3. Temperamento . 4.
Adolescentes. 5. Saúde Mental. I. Heldt, Elizeth,
orient. II. Título.

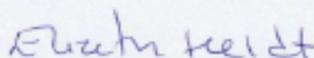
ROBERTA RIGATTI

PREDITORES DE BULLYING ESCOLAR EM ADOLESCENTES

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de dezembro de 2019.

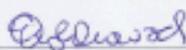
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Presidente da Banca – Orientadora

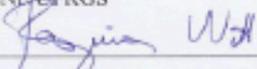
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eglê Rejane Kohlrausch

Membro da banca

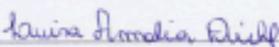
EENE/UFRGS



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Luísa Amália Diehl

Membro da banca

UFCSPA

Dedico este trabalho a minha filha, Renata, e ao meu esposo, Márcio, pelo amor, pelo carinho, pela paciência e pelo incentivo desde a graduação até o presente momento.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder sabedoria para fazer escolhas, poder traçar as minhas metas e poder conquistar os meus sonhos. Acima de tudo, por me ofertar saúde para seguir em frente.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de ensino que possibilitou a concretização de mais um sonho em minha vida.

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Elizeth Heldt, um exemplo a ser seguido, pela profissional competente e afetuosa, pela dedicação constante, pelo apoio incansável, pelos aprendizados alcançados, pela paciência em todos os momentos e pela amizade nesses anos de convivência.

Aos professores da Escola de Enfermagem, pela transmissão dos conhecimentos, com excelência, pela motivação e pelo companheirismo nesse período.

Aos queridos Luciano e Vânia, por colaborarem com as questões estatísticas desse estudo, com bom humor e, sobretudo, com muita paciência.

À equipe GECIA, Grupo de Estudo do Comportamento na Infância e Adolescência, e à Paula Santos pela parceria na etapa da coleta de dados da pesquisa e pelo carinho dispensado em cada momento de trabalho.

Aos meus pais Roberto e Suzana, minha base sólida, por terem me ensinado valores como: o amor, o respeito e a humildade. Pela educação que me oportunizaram com muito esmero; pelo incentivo constante em todos os momentos da minha vida, sobretudo, nos mais difíceis. Por terem permitido que eu alçasse voos mais altos e, com esses, aprendido a ser forte, persistente e batalhadora. Por fazerem com que eu descubra, a cada dia, que sou a essência de cada pedacinho mais puro e mais sincero deles e, com isso, orgulhar-me de tê-los como meus pais.

Ao meu esposo Márcio, pela compreensão durante esses anos, pelo apoio nas tarefas domésticas e acadêmicas. Pelo braço direito que representas para mim e para a nossa filha. Pelo amor e por todos os dias que brindamos, com alegria, um novo amanhã.

A minha filha Renata, minha maior torcedora, pelo estímulo em seguir em frente, pelas palavras encorajadoras e otimistas, pela compreensão nos momentos de trabalho, pelo amor incondicional e por ser o meu porto seguro: onde atraco e permaneço algumas horas do meu dia.

A todas as pessoas que acreditaram em mim e que me apoiaram durante mais uma importante trajetória da minha vida: familiares, colegas de trabalho e amigos.

She believed, she could so she did

Kathy Weller

RESUMO

RIGATTI, Roberta. Preditores de *bullying* escolar em adolescentes. 2019. 84 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2019.

O *bullying* é uma forma de comportamento agressivo, usualmente maldosa, deliberada e persistente. É considerado uma forma de violência e um problema de saúde coletiva. Estudos têm comprovado prejuízos em curto e em longo prazo, além da alta prevalência de problemas educacionais, emocionais e legais associados ao *bullying*. No entanto, estudos de seguimento que avaliem fatores que determinam o comportamento de *bullying* em ambiente escolar ainda são escassos. O objetivo da presente pesquisa foi o de avaliar os preditores de comportamento de *bullying* relacionados às características demográficas, psicossociais (problemas de saúde mental e temperamento) e de desempenho escolar no período de seguimento de três anos. Trata-se de um estudo de seguimento para avaliar os fatores preditores de *bullying* em adolescentes escolares. A população foi de alunos das turmas do 8º e 9º ano diurno de três escolas da rede pública de ensino de Porto Alegre/RS. Na ocasião da primeira coleta, os alunos estavam cursando o 5º e o 6º ano. Os instrumentos foram aplicados nas escolas pela equipe de pesquisa, em sala de aula, no último trimestre de 2017. O comportamento de *bullying* foi avaliado com o Questionário de Bullying (QB) – versão agressor e versão vítima. As características de temperamento foram identificadas por meio do *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU) e do Índice de Reatividade Afetiva - versão de criança (ARI-C) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão criança (SDQ-C) avaliou os problemas de saúde mental. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Prefeitura Municipal de Porto Alegre e do CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (CAEE nº19651113.5.0000.5338). Um total 248 alunos responderam aos questionários nos dois momentos do estudo, sendo que 129(52%) eram meninos, com média de idade de 14,6 (DP=1,12) anos e com 110(44,4%) de etnia autodeclarada branca. Na comparação entre os dois períodos do estudo, observou-se que houve mudanças significativas em relação ao *bullying*, sendo que os escores aumentaram significativamente para o agressor ($p<0,001$) e houve diminuição para vítima ($p=0,024$). Os traços de temperamento também aumentaram significativamente para a irritabilidade ($p=0,004$) e indiferença ($p<0,001$), porém, houve diminuição significativa para insensibilidade ($p=0,039$). Foi encontrada correlação positiva significativa fraca entre a vítima e o agressor com os traços de irritabilidade, insensibilidade e o total do ICU. Já a indiferença foi correlacionada, significativamente, com o agressor e não com o envolvimento como *bullying* vítima. O problema de saúde mental que apresentou correlação positiva significativa foi no domínio conduta, tanto para vítima como para agressor. Observou-se modificação significativa no tipo de prática de *bullying* ao longo dos três anos, com aumento significativo no comportamento de vítima-agressor. Foi encontrado que a repetência escolar, a irritabilidade e a insensibilidade aumentam o risco para o comportamento como vítima-agressor. Por outro lado, menor escore do domínio emocional diminui o risco para o envolvimento como vítima-agressor. Os achados evidenciaram que a mudança no comportamento de *bullying*, sobretudo, para o envolvimento como vítima-agressor tem relação com o desempenho escolar, com determinados traços de temperamento e com problemas do domínio de conduta entre adolescentes ao longo de três anos de pesquisa.

Descritores: Bullying. Preditores. Temperamento. Adolescentes. Saúde Mental.

ABSTRACT

RIGATTI, Roberta. Predictors of school bullying in adolescents. 2019. 84 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - College of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

Bullying is a form of aggressive behavior that is usually malicious, deliberate, and persistent. It is considered a form of violence and a collective health problem. Studies have shown short and long term harm, as well as a high rate of educational, emotional, and legal problems associated with bullying. However, follow-up studies evaluating factors that determine bullying behavior in the school environment are still scarce. The purpose of this study is to evaluate predictors of bullying behavior related to demographic, psychosocial (mental health and temperament problems) and school performance characteristics during a three-year follow-up period. This is a follow-up study to evaluate predictors of bullying in school aged adolescents. The population consisted of students from the 8th and 9th grade morning shift classes at three public schools in Porto Alegre/RS. At the time of the first collection, the students were in the 5th and 6th grade. The instruments were applied in schools by the research team in the classroom during the last quarter of 2017. Bullying behavior was assessed with the Bullying Questionnaire (BQ) - aggressor version and victim version. Temperament characteristics were identified using the *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU) and the *Affective Reactivity Index - child version* (ARI-C), and the *Strengths and Difficulties Questionnaire - child version* (SDQ-C) evaluated any mental health problems. The study was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of Porto Alegre City Hall and the CEP of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS) (CAEE No. 19651113.5.0000.5338). A total of 248 individuals answered the questionnaires at both stud intervals, where 129 (52%) were boys, with a mean age of 14.6 (SD = 1.12) years and 110 (44.4%) self-reporting their ethnicity as white. In the comparison between the two study periods, there were significant changes found in relation to bullying, and the scores increased significantly for the aggressor ($p < 0.001$) and there was a decrease for the victim ($p = 0.024$). Temperament traits also increased significantly for irritability ($p = 0.004$) and indifference ($p < 0.001$), but there was a significant decrease for insensitivity ($p = 0.039$). A weak significant positive correlation was found between the victim and the aggressor with the traits of irritability, insensitivity and the total ICU score. However, indifference was significantly correlated with the aggressor and not the bullying victim. The mental health problem that showed a significant positive correlation was in behavior control, for both victim and the aggressor. There was a significant change in the type of bullying practice during the three years, with a significant increase in victim-aggressor behavior. School grade repetition, irritability and insensitivity were found to increase the risk for victim-aggressor behavior. On the other hand, a lower emotional domain score decreases the risk for involvement as a victim-aggressor. The findings showed that the change in bullying behavior, especially regarding involvement as a victim-aggressor, is related to school performance, with certain temperament traits, and behavior control problems among adolescents during the three years of research.

Key Words: Bullying. Predictors. Temperament. Adolescents. Mental Health.

RESUMEN

RIGATTI, Roberta. Predictores de bullying escolar en adolescentes. 2019. 84 p. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

El bullying es una forma de comportamiento agresivo, usualmente cruel, deliberado y persistente. Se lo considera una forma de violencia y un problema de salud colectiva. Estudios han comprobado perjuicios a corto y a largo plazo, además de la alta prevalencia de problemas educacionales, emocionales y legales asociados con el bullying. Sin embargo, estudios de seguimiento que evalúen factores determinantes del comportamiento de bullying en ambientes escolares son aún escasos. El objetivo de la presente investigación fue analizar los predictores de comportamiento de bullying vinculados a características demográficas, psicosociales (problemas de salud mental y temperamento) y de desempeño escolar durante un período de seguimiento de tres años. Se trata de un estudio de seguimiento para evaluar los factores predictores de bullying en adolescentes escolares. La población fue de alumnos del 8º y del 9º año diurno de tres escuelas de la red pública de enseñanza de Porto Alegre/RS. En la primera visita, los alumnos estaban cursando el 5º y el 6º año. El equipo de investigación aplicó los instrumentos en las escuelas, en las clases, durante el último trimestre de 2017. El comportamiento de bullying fue evaluado con el Cuestionario de Bullying (QB) - versión agresor y versión víctima. Las características de temperamento se identificaron a través del *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU) y del Índice de Reactividad Afectiva - versión infantil (ARI-C), y con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades - versión infantil (SDQ-C) se evaluaron los problemas de salud mental. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Alcaldía Municipal de Porto Alegre y del CEP de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS) (CAEE nº 19651113.5.0000.5338). 248 alumnos en total respondieron los cuestionarios en los dos momentos del estudio, de los cuales 129 (52%) eran niños, con un promedio de edad de 14,6 (DP=1,12) años y con 110 (44,4%) de etnia autodeclarada blanca. En la comparación entre los dos períodos del estudio, se observaron cambios significativos con relación al bullying, y los puntajes aumentaron significativamente para el agresor ($p < 0,001$) y disminuyeron para la víctima ($p = 0,024$). Los rasgos de temperamento también aumentaron significativamente con relación a la irritabilidad ($p = 0,004$) y la indiferencia ($p < 0,001$), aunque hubo una disminución significativa de la insensibilidad ($p = 0,039$). Se descubrió una correlación positiva significativa débil entre la víctima y el agresor con los rasgos de irritabilidad, insensibilidad y el total del ICU. La indiferencia, a su vez, estuvo correlacionada significativamente con el agresor y no con el bullying víctima. El problema de salud mental que presentó una correlación positiva significativa se encontró en el dominio conducta, tanto para víctimas como para agresores. Se observó una modificación significativa en el tipo de práctica de bullying a lo largo de los tres años, con un aumento significativo en el comportamiento de víctima-agresor. Se ha descubierto que la repetición escolar, la irritabilidad y la insensibilidad aumentan el riesgo para el comportamiento como víctima-agresor. Por otro lado, un puntaje más bajo del dominio emocional disminuye el riesgo de participación como víctima-agresor. Los hallazgos han mostrado que el cambio en el comportamiento de bullying, principalmente para la participación como víctima-agresor está relacionado con el desempeño escolar, con determinados rasgos de temperamento, con problemas en el dominio de la conducta entre adolescentes a lo largo de tres años de investigación.

Descriptores: Bullying. Predictores. Temperamento. Adolescentes. Salud Mental.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
ARI-C	Índice de Reatividade Afetiva - versão criança
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de saúde
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
DP	Desvio Padrão
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais-5
EUA	Estados Unidos da América
FB	Fobia Social
GE CIA	Grupo de Estudo do Comportamento na Infância e Adolescência
GEE	<i>Generalized Estimating Equations</i>
IC	Intervalo de Confiança
ICU	<i>Inventory of callous-unemotional traits</i>
OBPP	Programa de Prevenção de <i>Bullying</i> de Olweus
OMS	Organização Mundial de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
QB	Questionário de <i>Bullying</i>
SDQ – C	Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TA	Transtorno Antissocial
TC	Transtorno de Conduta
TDHA	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TDO	Transtorno Desafiador de Oposição
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
THB	Transtorno de Humor Bipolar
TS	Tentativa de Suicídio
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1-	Desenvolvimento da personalidade: teoria psicanalítica e psicossocial.	20
Quadro 2 -	Desenvolvimento humano: teoria cognitiva de Jean Piaget.	21
Figura 1 -	Fluxo da amostra incluída no estudo.	39
Figura 2 -	Tipo de envolvimento de <i>bullying</i> considerando o <i>baseline</i> e o seguimento de três anos.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da amostra incluída do seguimento de três anos.	40
Tabela 2 -	Comparação entre as características sociodemográficas e a prática de <i>bullying</i> no <i>baseline</i> e no seguimento de três anos.	41
Tabela 3 -	Correlação entre as características de idade, temperamento e problemas de saúde mental com a prática de <i>bullying</i> no <i>baseline</i> e no seguimento de três anos.	43
Tabela 4 -	Comparação do comportamento de <i>bullying</i> , temperamento e problemas de saúde mental entre o <i>baseline</i> e o seguimento de três anos.	44
Tabela 5 -	Características preditoras de mudança de comportamento de <i>bullying</i> vítima e agressor no seguimento de três anos.	46
Tabela 6 -	Comparação entre as características de temperamento e problemas de saúde mental com a prática de <i>bullying</i> no <i>baseline</i> e no seguimento de três anos.	47
Tabela 7 -	Resultado das características determinantes da modificação do comportamento para vítima agressor no período de seguimento.	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO HUMANO	18
3.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	22
3.3 BULLYING NO CONTEXTO ESCOLAR	25
3.4 CONSEQUÊNCIAS DO COMPORTAMENTO DE BULLYING EM ADOLESCENTES	30
4 MÉTODOS	35
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	35
4.2 INSTRUMENTOS	35
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	37
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	38
5 RESULTADOS	39
6 DISCUSSÃO	50
7 CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – Protocolo de coleta e Termo de Assentimento	72
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
APÊNDICE C – Termo de autorização para coleta de dados da pesquisa nas escolas	75
ANEXO A – Questionário de Bullying (QB) – versão agressor	76
ANEXO B – Questionário de Bullying (QB) – versão vítima	77
ANEXO C – <i>Inventory of Callous-Unemotional Traits</i> (ICU) – 18 itens	78
ANEXO D – Questionários de Capacidades e Dificuldades - criança (SDQ-C)	80
ANEXO E – Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C)	81
ANEXO F – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	82

1 INTRODUÇÃO

Entende-se por *bullying* o comportamento agressivo, ofensivo e repetitivo, perpetrado por uma pessoa ou grupo contra outra pessoa ou grupo, com a intenção de ferir ou de humilhar, em uma relação desigual de poder (OLWEUS, 2011; 2013). A classificação dos envolvidos com *bullying* pode ser descrita de três maneiras: quem pratica é o agressor, os que sofrem são as vítimas e os que tanto praticam quanto sofrem, são denominadas de vítimas-agressores (NANSEL et al., 2001).

O *bullying* é considerado um problema de saúde coletiva, sobretudo, devido à alta prevalência (ROMANÍ; GUTIÉRREZ; LAMA, 2011; KNOUS-WESTFALL et al., 2012) e ao aumento na incidência em diversos países nas últimas décadas (PERGOLIZZI et al., 2011). Por exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos, no início dos anos 2000, com mais de 15.000 escolares do 6º ao 10º ano, verificou que 29% dessa população apresentava envolvimento moderado com *bullying* (NANSEL et al., 2001). Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório sobre o comportamento de, aproximadamente, 200 mil crianças e adolescentes, de ambos os sexos, nas faixas de 11 a 15 anos, em 41 países e regiões da Europa e América do Norte. A prevalência de *bullying* nos diferentes países variou enormemente, de 2% a 37% de vítimas e, de 1% a 38% de agressores (CURRIE et al., 2008). Um estudo de revisão mais recente que incluiu dados de 79 países, entre 2003 a 2011, evidenciou a taxa de 30% de *bullying* entre adolescentes de 11 a 16 anos, sendo que as taxas maiores foram no continente africano, quando comparado ao europeu, e a países do mediterrâneo oriental (ELGAR et al., 2015).

O maior estudo sobre a prevalência de *bullying* na população brasileira envolveu 60.973 escolares, de 1.453 escolas públicas e privadas, em 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal. Os resultados apontaram que 32,6% dos meninos e 29,1% das meninas sofreram *bullying* nos 30 dias anteriores à pesquisa (MALTA et al., 2010). Em outro estudo, com 5.168 estudantes, de 5ª a 8ª séries de escolas públicas e privadas, de cinco regiões do país, foi verificado que 29,1% dos estudantes haviam sido vítimas de *bullying* no último ano e que 37,6% praticaram *bullying* contra um ou mais colegas no mesmo período (FISCHER et al., 2010). Essas taxas apresentaram-se condizentes com os locais onde o *bullying* foi mais elevado e, ainda, no estudo europeu citado (CURRIE et al., 2008), demonstrando que, no Brasil, este também é um problema prevalente.

De fato, a escola, além de ser um local de aprendizado, é um espaço onde surgem inúmeras manifestações comportamentais as quais são responsáveis, em grande parte, por

desempenhos insatisfatórios de crianças e de adolescentes escolares (PIROLA, 2007). Comumente, os escolares recorrem a comportamentos agressivos para resolver conflitos interpessoais e enfrentar situações estressantes seja em casa, seja na escola. Existem alunos que, desde a pré-escola, apresentam, de forma consistente e intensa, problemas externalizantes - atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividades, agressão, comportamento desafiador e de oposição, e manifestações antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010); ou internalizantes, como a ansiedade e a depressão, por exemplo (PICADO; ROSE, 2009; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011).

Nesse sentido, a pesquisa sobre o *bullying* apresenta relevância científica e social, pelo potencial de transformação das relações por ele afetadas e pelo que sinaliza de possibilidades de intervenção relacionadas com a educação e com a saúde coletiva e individual. Talvez, por isso, tornou-se um tema cada vez mais valorizado pelas pesquisas e por buscas de intervenções nas áreas da educação e da saúde (GÁZQUEZ LINARES et al., 2009; OLWEUS, 2011; FUNG, 2012; KNOUS-WESTFALL, 2012).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE) criado em 2007 foi resultado de um denso trabalho das políticas nacionais nas áreas de educação e saúde (BRASIL, 2009). O objetivo do PSE foi ampliar o acesso a ações específicas de saúde aos alunos das escolas públicas de todo o território. Ademais, sanção de uma lei mais recente, em 06 de novembro de 2015, pela ex-presidente Dilma Rousseff, instituiu o programa de medidas de conscientização, de prevenção e de combate ao *bullying* em escolas, em clubes e em agremiações. Logo, dentre os objetivos do programa está a capacitação de docentes e de equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, de prevenção, de orientação e de solução do problema. Deve-se, portanto, privilegiar mecanismos e instrumentos alternativos que promovam a efetiva responsabilização e a mudança de comportamento hostil dos agressores (BRASIL, 2015).

A Enfermagem assume, como objeto de estudo, as respostas humanas envolvidas nas transições geradas pelos processos de desenvolvimento ou por eventos significativos da vida que exigem adaptação. As transições resultam de alterações na vida, na saúde, nas relações, no ambiente e se referem quer ao processo, quer ao resultado de uma complexa interação pessoa e ambiente, entendida como a passagem ou o movimento de uma fase da vida para outra, de uma condição ou *status* para outro. A vivência de uma situação de violência escolar por comportamentos desajustados, por exemplo, pode constituir uma dessas transições, com consequências negativas na vida dos envolvidos em curto e em longo prazo (ROEHRHS; MAFTUM; ZAGONEL, 2010; MENDES, 2011).

Portanto, ao enfermeiro compete ajudar a pessoa a viver essa transição e promover o seu processo de reconstrução de autonomia. Assim, identificar fatores de risco, reconhecer comportamentos indicativos de problemas de saúde e alertar as famílias para as consequências que a violência escolar tem na saúde e na qualidade de vida dos estudantes são atividades do enfermeiro. Em relação à escola, compete a este profissional incentivar e colaborar na implementação de programas de prevenção e de redução da violência por comportamentos desadaptados (JORONEN; HÄKÄMIES; ASTEDT-KURKI, 2011).

A presente pesquisa está vinculada ao projeto “Programa Antibullying na escola: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster”, contemplado com o Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq nº 77331/2012-2). O objetivo geral do projeto maior avaliou o resultado de uma intervenção sistêmica antibullying, envolvendo os professores e os alunos de escolas públicas (BOTTAN, 2018). Em relação aos objetivos específicos, o projeto propôs verificar a prevalência dos tipos de *bullying* em escolas públicas; investigar fatores biológicos (temperamento irritável), psicossociais (habilidade sociais e problemas de saúde mental) e desempenho escolar associado ao *bullying*. Também foi objetivo elaborar materiais educativos para ser disponibilizado para as escolas públicas sobre ações que visem prevenir e combater o comportamento de *bullying*. Contudo, a avaliação dos determinantes do comportamento de *bullying* ao longo do tempo não estava contemplada no projeto maior. Logo, avaliar os preditores de envolvimento com *bullying* ao longo do seguimento de três anos foi o objetivo principal da presente tese de doutorado.

A motivação para realizar pesquisas sobre *bullying* deve-se pela relevância do tema, pela participação na etapa de coleta de dados nas escolas, como acadêmica de iniciação científica, etapa pela qual vivenciei situações de *bullying* entre os alunos. Está associada ainda por trabalhar como enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição, local onde presto assistência a pacientes adultos que também revelam, frequentemente, situações de envolvimento com *bullying* na infância e adolescência.

Ademais, a motivação está associada à realização da dissertação de mestrado sobre as evidências de validação psicométrica do *Inventory of Callous-Unemotional traits* (ICU) (RIGATTI, 2016). Após a tradução e adaptação semântica do ICU, a versão final da escala demonstrou boa clareza dos itens, em geral, por parte dos adolescentes; a confiabilidade intra-avaliador, pelo teste-reteste, foi satisfatória e demonstrou uma estabilidade no tempo da versão ICU adaptada para o português falado no Brasil. Após a realização da adaptação transcultural e a avaliação das evidências de validação psicométricas do instrumento Inventário de traços de

insensibilidade e afetividade restrita (ICU) para adolescentes brasileiros, obtiveram-se dois modelos com bons ajustes: o bifatorial de dois fatores com 12 itens e o bifatorial de três fatores com 18 itens, versão utilizada na presente pesquisa.

Outra motivação pelo estudo também está associada pelo fato de ser membro do Grupo de Pesquisa de Comportamento na Infância e Adolescência (GECIA). O GECIA integra diferentes disciplinas (enfermagem, psicologia, medicina e ciências sociais) e desenvolve pesquisas para identificar fatores biopsicossociais relacionados ao comportamento na infância e adolescência.

Portanto, realizar pesquisas sobre a temática em nossa realidade, especialmente em estudos de seguimento, poderá contribuir para instrumentalizar os profissionais da saúde e da educação no planejamento de ações para prevenção de comportamento de *bullying*.

A hipótese dessa pesquisa é que determinadas características demográficas, de desempenho escolar, de temperamento e de saúde mental podem influenciar o comportamento de *bullying* em adolescentes escolares ao longo do tempo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar os preditores de comportamento de *bullying* relacionados às características demográficas, psicossociais (temperamento e problemas de saúde mental) e de desempenho escolar no período de seguimento de três anos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o envolvimento dos adolescentes com o comportamento de *bullying* ao longo de três anos;
- Identificar as características de temperamento e de problemas de saúde mental dos adolescentes no período de seguimento de três anos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo abordará os aspectos relacionados à fase da adolescência no desenvolvimento humano, à saúde mental na infância e adolescência; ao *bullying* no contexto escolar e às consequências deste comportamento em adolescentes.

3.1 A ADOLESCÊNCIA E O DESENVOLVIMENTO HUMANO

A adolescência é um período de transição entre a etapa da infância e da vida adulta, caracterizando-se por mudanças físicas e emocionais de relevância no desenvolvimento humano. Trata-se de um período de construção de identidade, marcado, principalmente, pela presença do grupo de pares na vida do adolescente (EISENSTEIN, 2005).

Considera-se como limite cronológico da adolescência o período entre 10 e 19 anos, segundo a OMS (BRASIL, 2018). No entanto, os marcadores precisos de início e fim da adolescência têm sido alvo de muita discussão. De fato, a adolescência começa pelas significativas mudanças biológicas da puberdade e acaba na transição para a idade adulta que é menos claramente delimitada (SMETANA; CAMPIONE-BARR; METZGER, 2006). Entre os motivos que dificultam a definição dos marcos temporais da adolescência constam: as mudanças hormonais e psicológicas que podem iniciar ainda antes da puberdade ou, ainda, de jovens com 19 anos que não se consideram inteiramente adultos devido aos aspectos psicossociais esperados no início deste período, como as definições vocacionais e a maior intimidade nas relações (McADAMS; OLSON, 2010).

A fim de facilitar a compreensão desta etapa do ciclo de vida, consideram-se períodos específicos e contínuos, marcados por características próprias e por tarefas de desenvolvimento predominantes: um inicial, aproximadamente entre os 10 e os 13 anos; um intermediário, dos 14 aos 16 anos; e um período final, de transição para a idade adulta, a partir dos 16 anos e até os 19 anos. Ou seja, no início da adolescência o impacto significativo é a puberdade, com elevada ativação emocional, por procura ativa de novas sensações e por forte necessidade para recompensas. O período intermediário caracteriza-se pela vulnerabilidade a riscos e a problemas na regulação do afeto e do comportamento. Já o período final da adolescência é marcado por maior maturidade e competência regulatória, influenciada sobretudo pela maturação cerebral dos lóbulos frontais e pré-frontais (SMETANA; CAMPIONE-BARR; METZGER, 2006).

Na busca pela compreensão do desenvolvimento humano ao qual a fase da adolescência é fundamental, as teorias abrangem amplas perspectivas que enfatizam diferentes tipos de processos. Entre as perspectivas que sustentam a maioria das teorias e da pesquisa sobre o desenvolvimento humano, temos: a psicanalítica, que se concentra nas emoções e nos impulsos inconscientes que motivam o comportamento; a psicossocial, que contextualiza a influência do ambiente e da cultura na formação da personalidade; e a cognitiva, que analisa os processos do pensamento durante o ciclo vital (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Conforme a teoria psicanalítica desenvolvida por Sigmund Freud, a personalidade forma-se através dos conflitos inconscientes da infância e das exigências da sociedade. Esses conflitos ocorrem em uma sequência das fases de desenvolvimento psicossocial que consideram a maturação, sendo que o prazer desloca-se de uma zona corporal para outra. Em cada fase, o comportamento muda conforme a principal fonte de gratificação (ou frustração) da alimentação para a eliminação e, posteriormente, para a atividade sexual (EIZIRIK; BASSOLS, 2013). Segundo a teoria de Freud, as três primeiras fases são relativas aos primeiros cinco anos de vida, fundamentais para o desenvolvimento da personalidade (Quadro 1). A teoria baseia-se no equilíbrio entre a gratificação e a frustração nas diferentes fases do desenvolvimento. Ou seja, em qualquer fase há o risco de desenvolver fixação (o conflito), se não existir um equilíbrio entre a frustração e a gratificação (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

O período da latência, que antecede a fase da adolescência, caracteriza-se por relativa tranquilidade emocional e exploração intelectual e social. As crianças canalizam sua energia sexual para a escola, para os relacionamentos e os *hobbies*. Já na adolescência, os impulsos sexuais reprimidos, durante a latência, ressurgem para fluir em canais socialmente aceitos que Freud definiu como relações heterossexuais com pessoas de fora da família de origem (EIZIRIK; BASSOLS, 2013). Contudo, atualmente, parte das teorias de Freud são consideradas obsoletas (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

A teoria de Erik Erikson modificou e ampliou a teoria freudiana, enfatizando a influência da sociedade no desenvolvimento da personalidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013). A interação entre o conjunto de alterações físicas e psicossociais, somadas a vivências significativas, mostra-se relevante para a construção coerente de identidade na adolescência. Isto é, para uma concepção de si mesmo, caracterizada por valores, crenças e propósitos (BORDIGNON, 2005). De acordo com Erikson, o desenvolvimento psicossocial abrange oito estágios ao longo do ciclo de vida. Cada estágio envolve uma crise na personalidade, importante para aquele momento específico, e deve ser satisfatoriamente resolvido para o desenvolvimento saudável. Para a elaboração dos estágios, é necessário ocorrer um equilíbrio entre uma

tendência positiva e uma tendência negativa correspondente, conforme está apresentado no Quadro 1 (EIZIRIK; BASSOLS, 2013).

Quadro 1 – Desenvolvimento da personalidade: teoria psicanalítica e psicossocial			
Teoria de Freud		Teoria de Erick Erikson	
Psicanalítica		Psicossocial	
Idade	Fase	Crise	Elaboração
Primeiro ano	Oral	Confiança básica X Desconfiança	Esperança
2 - 3 anos	Anal	Autonomia X Vergonha, dúvida	Vontade/Desejo
3 - 5 anos	Fálica	Iniciativa X Culpa	Objetivo/Propósito
6 - 10 anos	Latência	Atividade X Inferioridade	Competência
10 – 19 anos	Adolescência	Identidade X Confusão de identidade	Fidelidade
20 – 35 anos	Maturidade	Intimidade X Isolamento	Amor
36 - 60 anos		Generatividade X Estagnação	Cuidado
Acima de 60 anos	Velhice	Integridade de ego X Desespero	Sabedoria

Fonte: EIZIRIK; BASSOLS, 2013.

A qualidade positiva deve ser dominante, mas também é necessário um pouco da qualidade negativa para um desenvolvimento ideal. O sucesso em cada estágio corresponde ao desenvolvimento de uma determinada virtude ou força. Uma solução bem-sucedida para uma crise deixa o indivíduo em boa posição para lidar com a próxima fase do ciclo vital (EIZIRIK; BASSOLS, 2013). De acordo com Erikson, é assim que acontece a progressão da dependência infantil em direção a uma crescente individuação, por meio de processos de internalização, identificação e integração, tendo por base o sistema de socialização (BORDIGNON, 2005).

Dentre os diversos contextos de socialização, destaca-se o ambiente escolar, pois é onde os adolescentes permanecem por parte considerável do tempo e, também, por apresentar desafios e oportunidades essenciais para a construção da identidade. Fazem parte das oportunidades as interações com os pares e com os adultos, além da possibilidade de aprendizado acadêmico. Como desafios surgem exigências de integrarem as capacidades

cognitivas, emocionais e comportamentais para construção de uma trajetória de êxito escolar (BORDIGNON, 2005).

Outro enfoque importante para a compreensão do desenvolvimento humano é a teoria dos quatro estágios cognitivos de Jean Piaget. Esta forneceu referenciais sobre o que esperar da criança em várias idades, o que auxiliou os educadores na elaboração de currículos apropriados, conforme o estágio de desenvolvimento, e aos psicólogos para testar, diagnosticar e tratar problemas de aprendizagem (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

De acordo com Piaget, cada estágio emerge em um momento de desequilíbrio ao qual a mente da criança adapta-se, aprendendo a pensar de uma maneira nova ou modificada. Da primeira infância até a adolescência, as operações mentais evoluem da aprendizagem baseada na atividade sensório-motora básica para o pensamento lógico, abstrato, conforme apresentada no Quadro 2. Da mesma forma que as outras teorias, cada estágio é pré-requisito para o próximo, sendo que o desenvolvimento cognitivo é influenciado por determinantes genéticos e ambientais (EIZIRIK; BASSOLS, 2013).

Quadro 2 – Desenvolvimento humano: teoria cognitiva de Jean Piaget		
Idade	Estágio	Cognição
0 – 2	Sensório-motor	Uso de esquema para compreender o mundo (preensão, sugar e olhar); aprendizagem por ensaio e erro e experimentação
2 – 6	Pré-operacional	Capacidade de simbolizar; egocentrismo; início da capacidade de classificação e agrupamento de objetos
7 – 12	Operacional concreto	Elaboração de regras e estratégias para compreender o mundo; operações matemáticas
12 +	Operacional formal	Capacidade de previsão, não só de constatação; descentralização da perspectiva egocêntrica
Fonte: EIZIRIK; BASSOLS, 2013.		

Outra teoria, a bioecológica, do psicólogo norte-americano Urie Bronfenbrenner, identificou cinco níveis de influência ambiental, variando do mais íntimo para o mais amplo: microssistema (ambiente do dia-a-dia em casa, na escola); mesossistema (são os vínculos entre o lar e a escola, entre a família e o grupo de colegas); exossistema (sistemas de instituições externas que afetam a pessoa indiretamente); macrossistema (padrões culturais abrangentes,

como as crenças e ideologias dominantes, sistemas econômicos e político); e cronossistema (adiciona a dimensão do tempo: a mudança ou constância na pessoa e no ambiente). Segundo Bronfenbrenner, a pessoa não é meramente uma resultante do desenvolvimento, mas também alguém que molda esse desenvolvimento por meio de suas características biológicas e psicológicas, seus talentos, suas habilidades, suas deficiências e seu temperamento (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Nesse sentido, a personalidade é considerada como uma organização dinâmica que inclui os sistemas biológico, psicológico, social e cultural que são operacionalizados em diferentes dimensões, com traços (nível I), motivacionais (nível II) e identidade narrativa (nível III). Na dimensão situada no nível I, observa-se uma relativa estabilidade dos traços de temperamento, devido aos fatores biológicos e genéticos, ao passo que, nos níveis II e III, consideram-se as experiências de vida familiar e relacional. Logo, as oportunidades que os jovens têm acesso são fundamentais (McADAMS; OLSON, 2010).

De fato, o temperamento é entendido como uma disposição básica que modula a reatividade, a emoção e a sociabilidade do sujeito, sendo que essas características tendem a ser estáveis ao longo do tempo. Entretanto, atualmente, o conceito de personalidade não é mais tido como sendo somente o produto da modulação ambiental no temperamento, mas considera-se como a expressão das fases do desenvolvimento posteriores que sofreram influências ambientais das fases anteriores (McADAMS; OLSON, 2010). Assim, a adolescência é o momento em que a expressão gênica e o remodelamento cortical ocorrem de maneira intensa para sustentar novos repertórios comportamentais, capturados em parte pela personalidade (SOTIRAS et al., 2017).

Contudo, nenhuma das teorias do desenvolvimento humano é universalmente aceita como completa, uma vez que não contemplam todas as facetas e dimensões da interface temperamento-personalidade (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

3.2 SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Para a reflexão sobre o conceito de saúde é necessário um olhar amplo e crítico sobre os fatores e as situações que determinam o processo saúde/doença de um indivíduo ou de um grupo de pessoas, sobretudo, na infância e adolescência. O atual conceito de saúde é amplo e contempla aspectos biológicos e psicossociais, tais como: as necessidades básicas do ser humano, seus valores, suas crenças e suas relações dinâmicas que são construídas ao longo do ciclo da vida e influenciadas pelo meio em que convive (BRASIL, 2008). Ou seja, o foco das

ações para promoção de saúde desloca-se efetivamente da doença e se volta para a vida do indivíduo e da comunidade. Assim, a concepção de saúde consolida-se pela implementação de políticas públicas e pelo investimento no processo de capacitação da comunidade para atuar com vistas à melhoria da qualidade de vida e de saúde. De acordo com esse entendimento, a responsabilidade sobre a saúde deve estar articulada com os demais setores da sociedade, sobretudo, com o da educação (BRASIL, 2008).

Em relação à saúde mental, considera-se que é um estado positivo de funcionamento mental que resulta em atividades produtivas, gerando bons relacionamentos interpessoais e habilidade de adaptação às mudanças para lidar com as adversidades. Os fatores de impacto sobre a saúde mental de cada pessoa são experiências individuais, influenciadas por experiências diárias: da família, da escola, do ambiente e do trabalho (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Sob a perspectiva do desenvolvimento infantil, as emoções são vistas como processos adaptativos psicológicos que têm como objetivos a sobrevivência e o bem-estar. Há evidência considerável relacionando alta emoção negativa (seja como resposta a situações de desafio, ou como uma característica de temperamento) e risco para psicopatologias em crianças, apesar de, individualmente, tratar-se de sintomas inespecíficos. Contudo, a forma como as emoções adaptativas tornam-se processos disfuncionais à saúde, não se encontra totalmente esclarecida (COLE; HALL, 2008).

Com frequência, crianças e adolescentes são expostos a situações de riscos múltiplos e cumulativos e, possivelmente, a combinação ou a sequência desses fatores seja a explicação para o desenvolvimento de transtornos mentais na infância e na adolescência (BELFER, 2008; CRAPANZANO; FRICK; TERRANOVA, 2010). Alguns autores advogam que uma criança está em situação de risco, quando seu desenvolvimento não ocorre conforme o esperado para sua faixa etária e para os parâmetros de sua cultura (WEBSTER-STRATTON; REID; STOOLMILLER, 2008). É de nota que muitas questões latentes podem desviar o indivíduo de sua potencialidade mais saudável, mesmo assim, mantendo o seu desenvolvimento em padrões normais (BELFER, 2008).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental constam: eventos traumáticos; psicopatologia parental; doenças crônicas e terminais; abuso físico e sexual; maus tratos na infância; falhas educacionais; gravidez precoce; dependência de álcool e drogas; ruptura de relacionamentos, dentre outros (SHANNON et al., 2007). O conceito de vulnerabilidade implica em chances diferentes de adoecimento, resultantes de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais os quais empobrecem os recursos de proteção

psíquica. Os elementos que potencializam situações de risco ou que impossibilitam que os indivíduos respondam de forma satisfatória ao estresse, podem remeter à vulnerabilidade (GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

O conceito de risco e vulnerabilidade opõe-se àquele dos fatores protetores geradores de resiliência. Crianças que conseguem adaptar-se e superar situações de risco, demonstrando, entre outras habilidades, a competência social, são chamadas resilientes (RIBEIRO et al., 2011). Fatores de proteção referem-se a influências que amenizam o efeito de eventos negativos. A resiliência pode ser definida como uma combinação de fatores que auxiliam os indivíduos a enfrentarem e a superarem problemas e adversidades na vida. A promoção de fatores de resiliência e a redução dos fatores de risco complementam-se e são temas merecedores de um olhar diferenciado na prática individual e na formulação de políticas públicas para a infância e adolescência (RIBEIRO et al., 2011).

De maneira geral, mas, especialmente na infância, quando os problemas comportamentais apresentam-se internalizados (por exemplo, pensamentos e/ou sentimentos negativos, como humor deprimido e ansiedade), há um reconhecimento mais difícil. Tudo isso, porque permanecem muitos anos na esfera individual do sofrimento, com pouco impacto para os adultos, até que o cumprimento de demandas sociais crescentes imponha-se à criança. O diagnóstico, nesses casos, é frequentemente atrasado, uma vez que a família espera que o problema seja transitório (MARSH; GRAHAM, 2005). Já os comportamentos externalizantes, tais como: a hiperatividade e a agressividade são trazidos mais frequentemente à atenção médica pelos motivos inversos (KOWALSKI; LIMBER, 2007; D'ABREU; MARTURANO, 2010; PERREN et al., 2010; OLIVEROS et al., 2012; FRIDH; LINDSTRÖM; ROSVALL, 2015; GARAIGORDOBIL, 2015; WAASDORP; BRADSHAW, 2015).

De acordo com estudo recente com mais de 10.000 adolescentes, entre 13 e 17 anos, a prevalência de transtornos mentais, no último ano, foi alta e os mais frequentes foram os de ansiedade (24,9%), de comportamento (16,3%), de humor (10%) e transtorno de substância (8,3%) (KESSLER et al., 2012). Contudo, estudos mostram que alterações de comportamento podem ser adaptativas ao meio (VOLK et al., 2012) e os critérios para classificar o comportamento como um transtorno mental devem considerar, além do sofrimento pessoal e a intensidade das reações, o impacto no desenvolvimento psicossocial da criança ou adolescente, incluindo informações da família e da escola (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

3.3 BULLYING NO CONTEXTO ESCOLAR

Os estudos sobre o *bullying* iniciaram-se com as pesquisas do professor Dan Olweus, da Universidade de Bergen, na Noruega (1978 a 1993) e com a campanha nacional antibullying nas escolas norueguesas (OLWEUS, 2011; 2013). Catini (2004) explica que a edição do livro de Dan Olweus “*Aggression in The Schools: bullies and whipping boy*”, em 1978, foi o marco que desencadeou o desenvolvimento de muitas pesquisas, chamando, assim, a atenção da comunidade científica e educacional sobre o problema. Trouxe, dessa forma, à tona, os atos de violência que aconteciam dentro da escola, que antes ficavam escondidos e que ninguém sabia como diagnosticar as atitudes ou que fingiam não os ver (OLWEUS 2011; 2013).

Santos (2007) afirma que nos anos de 1970, Dan Olweus iniciou sua investigação sobre o problema dos agressores e suas vítimas, embora as escolas não demonstrassem um interesse sobre o tema. Olweus utilizou-se de pesquisas para fazer a prevenção do *bullying*, como, também, avaliar sua natureza e sua ocorrência. O autor citado esclarece que os estudos de observação direta e indireta eram demorados e, por isso, o procedimento adotado foi o uso de questionário, o que serviu para fazer a verificação das características do *bullying*, bem como de avaliar as intervenções que já vinham sendo realizadas. Conforme os parâmetros definidos, os estudos apontaram que um em cada sete estudantes estava envolvido em casos de *bullying* (OLWEUS, 2011; 2013).

O questionário proposto por Olweus, contendo 25 questões, com respostas de múltiplas escolhas, possibilitou a verificação da frequência e dos tipos de *bullying*. O instrumento apresentava a função de apurar as ocorrências de vitimização/agressão, segundo o ponto de vista da própria criança. A adaptação transcultural do questionário ocorreu em vários estudos de diversos países. No Brasil o instrumento foi utilizado pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA, 2003), possibilitando, assim, o estabelecimento de comparações interculturais (SANTOS, 2007).

Em 1993, Dan Olweus publicou o livro “*Bullying at School*” (OLWEUS, 2011; 2013), onde apresentou e discutiu o problema, bem como apresentou os resultados dos seus estudos, os projetos de intervenção e a relação de sinais que poderiam auxiliar no reconhecimento de possíveis agressores e vítimas. Essa obra abriu caminhos para a campanha nacional contra o *bullying*, juntamente com o governo da Noruega, onde ocorreu uma diminuição de 50% dos casos. Estes estudos contribuíram para que outros países adquirissem mais conhecimento sobre o assunto e buscassem desenvolver suas próprias ações para combater e prevenir o comportamento nas escolas (SANTOS, 2007).

A palavra *bullying* é de origem inglesa e sem tradução ainda no Brasil. É utilizada para designar atos violentos no âmbito escolar, profissional e familiar, com intuito de causar dor ou desconforto para quem o sofre. Para Lopes Neto (2005), a adoção universal do termo *bullying* foi decorrente da dificuldade em traduzi-lo para diversas línguas. Durante a realização da Conferência Internacional Online “*School Bullying and Violence*”, de maio a junho de 2005, ficou caracterizado que o amplo conceito dado à palavra *bullying* dificultava a identificação de um termo nativo correspondente em países como Alemanha, França, Espanha, Portugal, Brasil, dentre outros (LOPES NETO, 2005).

O *bullying* é um comportamento diferentemente de um transtorno mental. É um fenômeno identificado, em termos nacionais e internacionais, como o abuso sistemático do poder: uma forma de comportamento agressivo, usualmente maldosa, deliberada e persistente. Isto é, pode durar semanas, meses ou anos, sendo difícil às vítimas defenderem-se. Logo, ocasiona efeitos negativos sobre os próprios adolescentes (vítimas e agressores) e sobre os que observam essas práticas (espectadores). Esses últimos sentem-se incapazes de ajudar, o que provoca um sentimento de incapacidade e de mal-estar, gerando sofrimento aos observadores passivos (PEREIRA; SILVA; NUNES, 2009).

Quanto à natureza e aos conteúdos, o *bullying* pode assumir formas mais tradicionais, que incluem comportamentos agressivos de natureza física (socos, pontapés, empurrões), verbal (fofocas, xingamentos, apelidos) e psicológica (ameaças, insultos, chantagens). Formas mais recentes, como o *cyberbullying*, pela internet e pelo telefone celular, têm sido utilizadas para espalhar mensagens caluniosas ou difamatórias. Pode, ainda, ser vivenciado de forma direta (agressões praticadas à vítima na sua presença) ou indireta (geralmente acontecem na ausência da vítima, como, por exemplo, espalhar fofocas, estragar pertences, dentre outras) (OLWEUS, 2011; 2013; VLACHOU et al., 2011).

Evidências observadas sobre o tema sugerem que a dinâmica do *bullying* escolar abrange não apenas as vítimas ou os agressores, congregando, indiretamente, em seu mecanismo, colegas, professores, funcionários da instituição escolar, pais/responsáveis e comunidade (HERNANDEZ; FLODEN; BOSWORTH, 2010). Isso aponta para a extensão do alcance de seus efeitos que atingem não somente os alunos diretamente envolvidos, mas também todos os sujeitos que, com eles, relacionam-se, independentemente de qual seja a força ou a intensidade das agressões praticadas (OLWEUS, 2011; 2013; VLACHOU et al., 2011).

Pesquisas têm comprovado a ampla gama de prejuízos e uma alta prevalência de problemas mentais associados ao *bullying* (NANSEL et al., 2001; ARSENAULT; BOWES; SHAKOOR, 2010). Os indivíduos envolvidos com a prática sofrem consequências físicas e

emocionais, de curto e longo prazo, as quais podem causar dificuldades acadêmicas, sociais, emocionais e legais. Por exemplo, o envolvimento com *bullying* como agressor está associado a um pior ajustamento psicossocial (NANSEL et al., 2001); dificuldades de aprendizagem (BURK et al., 2011); transtorno de conduta (TC) (SOURANDER et al., 2016), transtorno antissocial (TA) (SOURANDER et al., 2007; 2010); VAUGHN et al., 2010); depressão e ansiedade (SOURANDER et al., 2007), transtorno de humor bipolar (THB) (VAUGHN et al., 2010) e abuso de substâncias (WEISS et al., 2011).

Os agressores têm quatro vezes mais chances de ter, pelo menos, uma condenação criminal até os 25 anos. Ademais, um terço desses podem ter múltiplas condenações (OLWEUS, 2013). Os indivíduos supracitados caracterizam-se por serem dominadores, impulsivos, com pouca empatia, baixa tolerância à frustração e entendem que a violência é um meio de resolução de problemas (ANDO; ASAKURA; SIMONS-MORTON, 2005).

Por outro lado, as vítimas de *bullying* são mais ansiosas e inseguras, têm baixa autoestima, são mais solitárias e têm maior chance de desenvolver depressão (NANSEL et al., 2001). As vítimas de *bullying* apresentam, proporcionalmente, mais sintomas físicos: dores de cabeça e de estômago (GINI; POZZOLI, 2009); além de sintomas psicológicos como dificuldade para dormir e enurese noturna, comparadas a crianças e adolescentes que não sofrem *bullying* (LAMB; PEPLER; CRAIG, 2009).

As vítimas-agressores fazem parte de um grupo que possui similaridades tanto com os agressores quanto com as vítimas, apresentando características ora de um, ora de outro. Por esta razão, a literatura tem mostrado que são os que apresentam maior risco para o desenvolvimento de psicopatologias (RAGATZ et al., 2011).

Um estudo longitudinal, realizado em Illinois, Estados Unidos da América (EUA), demonstrou que a exposição de crianças à violência da mídia está relacionada com a agressividade na vida adulta (RECH et al., 2013). Talvez, a permanência por várias horas em frente à televisão esteja criando uma tendência de reação nas crianças e adolescentes, fazendo-os adotar comportamentos irritáveis, agressivos, principalmente, problemas de conduta. O hábito de permanecer por mais de três horas por dia em frente à televisão, *videogame* e computador apresentou-se como fator associado ao desfecho tanto para vítimas como para agressores. Estudo realizado em oito países (Canadá, Estônia, Israel, Letônia, Macedônia, Polônia, Portugal e EUA) também apontou associação com número de horas assistindo televisão, assédio moral e agressões verbais tanto em agressores e vítimas de *bullying* (RECH et al., 2013).

Especificamente, sobre o envolvimento em situações de *bullying* como vítima, um estudo longitudinal que acompanhou crianças de oito até 16 anos, utilizando instrumentos de rastreamento de problemas de comportamento, apontou que sofrer *bullying* na infância esteve fortemente associado a problemas de conduta aos 16 anos. Isso indica que esses problemas de conduta funcionam como um fator de risco para ser vitimizado e, também, é maximizado quando a criança é vítima de *bullying* na escola (ZWIERZYNSKA; WOLKE; LEREYA, 2013).

Nos EUA, há diversas situações de extrema violência praticadas por estudantes as quais há fortes indícios de envolvimento com *bullying*. O caso mais tradicionalmente relatado ocorreu em 1999, quando dois adolescentes foram responsáveis por um grande massacre no Instituto Columbine, no estado do Colorado. Eles assassinaram, a tiros, 13 pessoas, deixando cerca de 20 feridos e, em seguida, cometeram suicídio. Há relatos de que ambos os adolescentes vinham, constantemente, sendo vítimas de *bullying*, há muito tempo, na escola (ISOLAN, 2014). Outro episódio, nos EUA, que causou bastante alarde e comoção, ocorreu em 2007, no Instituto Politécnico da Virgínia, quando um jovem promoveu um novo massacre, assassinando 32 pessoas e deixando 23 feridos e, em seguida, cometendo suicídio. O autor do massacre, um estudante sul-coreano, relatou em detalhes, em um manifesto enviado a uma rede televisiva, as práticas de *bullying* as quais vinha sendo submetido (ISOLAN, 2014).

No Brasil, para citar apenas alguns exemplos, em 2003, em Taiúva, no estado de São Paulo, um ex-estudante de 18 anos invadiu a escola onde estudou, portando uma arma. Esse jovem feriu oito pessoas e cometeu suicídio. Foi apurado que essa situação teria ocorrido em função dos repetidos maus-tratos que sofrera de colegas quando estudava naquela escola. Outra situação similar ocorreu em Remanso, em 2004, na Bahia, quando um aluno de 17 anos matou um colega e a professora, dos quais não gostava, em função do *bullying* frequente que vinha sofrendo (ISOLAN, 2014).

Ainda, considerando desfechos relacionados às práticas de *bullying*, foi encontrado um estudo transversal, com alunos do 8º e 9º anos, em escolas públicas de Porto Alegre/RS. O mesmo constatou que ser agressor e vítima do comportamento de *bullying* estão positivamente correlacionados a problemas de conduta (SANTOS, 2019). A associação com o humor irritável pode ser constatada tanto em agressores como em vítimas. Essa correlação vem apontando para um novo perfil de vítima: irritável e provocativo. Neste tipo, a vítima exibe uma combinação de traços agressivos e, às vezes, provoca colegas, evidenciando problemas de conduta: envolvimento com drogas lícitas e ilícitas, alcoolismo, automutilações e envolvimento com criminalidade (ISOLAN, 2014).

Porém, são poucos os estudos epidemiológicos de seguimento realizados até o momento. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) foi desenvolvida para descrever a vitimização e a prática de *bullying* em escolares e para comparar a evolução entre as pesquisas de 2009 (MALTA et al., 2010) e 2012 (MALTA et al., 2014). Ao analisar apenas o conjunto das capitais brasileiras, o relato de sofrer *bullying* aumentou entre 2009 e 2012 nos alunos do 9º ano: de 5,4% para 6,8% (MALTA et al., 2014).

Por outro lado, importantes estratégias intersetoriais para o enfrentamento do *bullying* estão sendo implementadas, ao mesmo tempo em que se problematiza o papel dos profissionais nelas atuantes (professores, pedagogos, psicólogos, enfermeiros, médicos, dentre outros). No Brasil, um exemplo disso é o PSE, cujo objetivo é a ampliação do acesso a ações específicas de saúde, gerenciada e operacionalizada pela atenção básica, mediante a atuação dos profissionais que a compõem (enfermeiros, médicos e técnicos de saúde) para os alunos de escolas públicas. O que se pretende é o desenvolvimento de hábitos e de práticas saudáveis de vida no processo educativo dos alunos, resultando em benefícios para toda a sociedade (escola, família e comunidade). Portanto, a saúde na e da escola é uma alternativa de trabalho interdisciplinar com possibilidades concretas de intervenções que podem ser bem-sucedidas e eficientes (BRASIL, 2009).

De fato, as intervenções visando prevenir e diminuir a ocorrência de *bullying*, no ambiente escolar, são executadas, principalmente, na América do Norte e na Europa. Contudo, poucas são aquelas que chegam ao domínio público e, menos ainda, aquelas que são adaptáveis à realidade das escolas públicas (TTOFI et al., 2011). Em uma revisão sistemática, os autores concluíram que o *bullying* é um problema sistêmico, não sendo apenas um problema dos indivíduos que compõe a escola. Por essa razão, necessita também de uma intervenção sistêmica que envolva não somente os indivíduos, mas também os pequenos grupos, as turmas, os professores e a direção escolar (VREEMAN; CARROLL, 2007).

Na operacionalização de programas antibullying na escola, o papel desempenhado pela equipe escolar, especialmente pelos professores, é essencial ao planejamento e à efetivação das propostas (MENDES, 2011). Nesse cenário, a enfermagem assume importante papel como área de conhecimento e profissão, contribuindo para a promoção de saúde e para o convívio com as diferenças, além de identificar sinais de risco, comportamentos e modalidades de envolvimento de alunos em situações de *bullying*. Também compete à enfermagem identificar o impacto que essas situações exercem na aprendizagem, na formação, na saúde e na qualidade de vida dos alunos (MENDES, 2011; PERRON, 2013).

Estudos de avaliação de resultados das intervenções foram analisados em uma metanálise, concluindo que tais programas são efetivos de um modo geral, indicando redução dos casos de *bullying*. Os autores reiteraram, entretanto, que a intensidade e a duração dos programas antibullying estão associadas à sua efetividade e que abordagens múltiplas envolvendo professores, pais/responsáveis e alunos são mais efetivas comparadas às abordagens únicas (TTOFI et al., 2011).

De fato, o resultado de um estudo de seguimento (oito meses a dois anos) que utilizou o Programa de Prevenção de *Bullying* de Olweus (OBPP) demonstrou diminuição substancial (entre 32 a 49%) nas taxas de prática de *bullying* (OLWEUS, 2005). Outro estudo longitudinal recente, de seguimento de um ano, examinou a interação entre a prática de *bullying* e a simpatia dos adolescentes, a partir de uma perspectiva de rede social. Os dados foram obtidos da avaliação do Programa antibullying Kiva finlandesa, com uma amostra de 911 estudantes, do 7º ao 9º ano. Os resultados apontaram que os alunos apreciavam os colegas com altas práticas de *bullying*. Os achados também demonstraram que os alunos eram suscetíveis a uma maior intimidação, quando a prática de *bullying* era considerada alta (GARANDEAU; LEE; SALMIVALLI, 2014).

A OMS declara a violência como um problema crescente da saúde pública em todo o mundo, devido às suas consequências aos indivíduos, famílias, comunidades ou países de forma geral, sendo reconhecida, nas últimas décadas, como um fator de risco para o desenvolvimento humano. É observável outras manifestações e comportamentos que envolvem a violência e as diversas formas de agressão no contexto escolar, além do fenômeno *bullying* (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003).

3.4 CONSEQUÊNCIAS DO COMPORTAMENTO DE BULLYING EM ADOLESCENTES

A escola e a família são estruturas essenciais para o desenvolvimento da criança e do adolescente, estimulando e preparando para vida. A adolescência é um período de transformações e de dificuldades, por vezes, geradoras de conflitos e de mudanças na vida social dos jovens (GEQUELIN; CARVALHO, 2007). Essa fase é caracterizada, muitas vezes, pela vulnerabilidade, devido às complexas mudanças no processo do desenvolvimento, que exige da estrutura familiar e dos profissionais da educação e da saúde uma atenção especial (HEIDEMANN, 2006; EIZIRIK; BASSOLS, 2013).

Os transtornos mentais mais frequentes na infância e adolescência incluem: transtorno de conduta e déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), categorizados como externalizantes;

e os transtornos de ansiedade e depressão, categorizados como internalizantes (FLEITLICH; GOODMAN, 2011). Um estudo objetivou analisar se prática de *bullying* estava associada com problemas internalizantes e externalizantes em mais de 125.000 alunos de Minnesota, EUA. O resultado evidenciou que o envolvimento, mesmo que infrequente com *bullying*, pode representar risco para problemas emocionais em adolescentes. Apesar de pouco frequente na amostra, o comportamento como agressor foi associado com alteração de conduta em todas as idades (GOWER; BOROWSKY, 2013).

Em geral, os jovens agressores utilizam a violência para exercer um domínio dentro do grupo, sendo que, muitas vezes, o comportamento reativo é causado por fatores estressores (SWEARER et al., 2006). Por outro lado, os comportamentos antissocial e delinquentes incluem características individuais, como temperamento, e uma série de características do contexto social, como famílias disfuncionais ou comunidades violentas (WHITE; FRICK, 2011). Além disso, por mecanismos ainda a serem entendidos, alguns adolescentes desenvolvem um padrão de agressividade e de comportamento antissocial mais intenso, fato que conduz, frequentemente, à prática de *bullying* escolar. Uma dessas classificações do comportamento antissocial centra-se na presença ou na ausência de traços de insensibilidade e afetividade restrita, por exemplo (FRICK; WHITE, 2008). Os traços de insensibilidade e afetividade restrita constituem um padrão de conduta mais grave, como a falta de empatia, a ausência de sentimento de culpa, o narcisismo, a manipulação, a grandiosidade, a impulsividade e a falta de objetivos em longo prazo (ROOSE et al., 2010).

Estudos apontam que indivíduos com baixo autocontrole têm mais chance de procurar a satisfação imediata. Pela insensibilidade e pela afetividade restrita, os jovens estão propensos à violência premeditada e, também, à prática de *bullying* constante (VIDING et al., 2009; FANTI; KIMONIS, 2012), especialmente, às formas diretas (MUNOZ; QUALTER; PADGETT, 2011).

Um estudo de base populacional investigou a relação causal da prática de *bullying* na adolescência e desfechos de saúde mental ao longo do tempo (SILBERG; KENDLER, 2017). A amostra incluiu 5.558 pares de gêmeos que foram amplamente estudados aos 11, 14 e 16 anos, por meio de medidas de intimidação e de índices de saúde mental. Foi encontrado que, aos 11 anos, o *bullying* tem um efeito penetrante nos comportamentos avaliados. O efeito ainda é significativo, mas reduzido, aos 14 anos, sendo ainda menor até os 16 anos de idade. Os autores concluíram que a associação observada entre ser intimidado por um colega e o impacto na saúde mental do indivíduo pode ser explicada por três plausíveis (não exclusivos) mecanismos: (1) indução direta da prática e desenvolvimento de distúrbios de saúde mental; (2)

elevação do risco da intimidação por problemas de saúde mental e/ou os seus precursores; ou (3) predisposição à psicopatologia e elevação da intimidação por fatores de risco (SILBERG; KENDLER, 2017).

Outros achados da análise monozigótica dos gêmeos do estudo foram consistentes com exposição ao *bullying* com efeito causal significativo em uma ampla gama de resultados aos 11 anos de idade. Contudo, também foram significativas as diferenças entre os gêmeos monozigóticos para a ansiedade e a depressão, a hiperatividade e a desatenção, problemas de conduta, desorganização cognitiva e pensamento paranoico (SINGHAM et al., 2017; SILBERG; KENDLER, 2017). Esses efeitos persistiram até aos 14 anos, mas como análise fenotípica, foram menores e continuaram a diminuir até os 16 anos. Nessa idade, ainda existia um período de resistência de ser intimidados por um par, apesar de se observar a presença de ansiedade, desorganização cognitiva e pensamentos paranoicos (SILBERG; KENDLER, 2017).

Um estudo de acompanhamento, ao longo de 40 anos, revelou que os transtornos de conduta na infância aumentam o risco de ansiedade, de depressão e de abuso de álcool na idade adulta, apontando que as circunstâncias precoces podem ter efeitos programados ao longo da vida sobre a saúde (COLMAN et al., 2009). Estudos prévios têm demonstrado que o envolvimento com o *bullying* está associado ao uso de substâncias e ideação suicida (ELGAR et al., 2014), além da diminuição do rendimento escolar, expulsões e evasões das instituições escolares (GARAIGORDOBIL, 2015).

Outra pesquisa realizada com 3.181 estudantes dos Países Baixos, com média de idade de 12,4 anos, sendo 51% e 49% meninos e meninas, respectivamente, apontou associação significativa entre ser vítima de *bullying* e problemas de saúde mental (BANNINK et al., 2014), corroborando, dessa forma, com outros autores que referem que as vítimas são mais propensas a desenvolver problemas internalizantes (KOWALSKI; LIMBER, 2007; PERREN et al., 2010; OLIVEROS et al., 2012; FRIDH; LINDSTRÖM; ROSVALL, 2015; WAASDORP; BRADSHAW, 2015).

Um estudo de acompanhamento com 548 participantes apontou o impacto negativo causado pelo *bullying*: 35% nas notas escolares, 28% na frequência escolar e 19% nas relações familiares. Em relação aos sentimentos, 75% dos participantes revelaram tristeza, 54% relataram extrema tristeza, 48% sentiram-se envergonhados, 29% aterrorizados e 3% apresentaram ideação suicida (PRICE; DALGLEISH, 2010). O envolvimento como vítima de *bullying* está associado também a dores de cabeça e de estômago, a distúrbios do sono, à insegurança, à depressão, à ideação suicida e tentativas de suicídio, sobretudo, a um pior ajustamento social e à redução da qualidade de vida (SOURANDER et al., 2010). Além disso,

jovens que vivenciaram violência no ambiente familiar têm maior chance de sofrer vitimização nas relações extrafamiliares e na comunidade em que vivem (HINDUJA; PATCHIN, 2010).

Outro estudo longitudinal recente demonstrou associações entre problemas de saúde mental e o comportamento de *bullying* entre 5.034 crianças, dos oito anos aos 29 anos de idade. A pesquisa revelou que 4.540(90,2%) não se envolveram com a prática de *bullying*. Porém, desses, 520(11,5%) receberam um diagnóstico psiquiátrico no seguimento; 33 de 166 (19,9%) participaram como agressores; 58 de 251(23,1%) foram vítimas e 24 de 77(31,2%) foram consideradas vítimas-agressores (SOURANDER et al., 2016).

Ademais, outra pesquisa recente apontou para uma incidência superior em indivíduos do sexo masculino, sobretudo, aos transtornos disruptivos, como o transtorno desafiador de oposição (TOD) e o TC. Quanto à vitimização, Barbosa, Soares e Pereira (2017) também apontam que as consequências do *bullying* para suas vítimas estão relacionadas ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ao desenvolvimento de fobia social (FB), tentativa de suicídio (TS), assim como, transtornos alimentares (BARBOSA; SOARES; PEREIRA, 2017).

De pronto, a agressividade é considerada, atualmente, como um elemento importante para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento e está associada à prática de *bullying* (KIMONIS et al., 2008). Entretanto, ainda são poucos os estudos que relacionam características de temperamento e alterações de comportamento em adolescentes no ambiente escolar, principalmente, em estudos de seguimento.

Logo, as vítimas de *bullying* encontram-se fisicamente e psicologicamente abaladas, o que as torna imunes ao sofrimento dos outros e, sobretudo, caladas perante aos agressores. Seja pelo fato de terem vergonha de estarem sofrendo, seja por introjetarem a ideia de que sofrer da prática é fraqueza, logo, acham-se perdedoras e envergonhadas. Há também o medo da retaliação. Cabe salientar que, muitas vítimas também sofrem com a indiferença dos professores e equipe diretiva das escolas que frequentam, quando relatam agressões sofridas. O diálogo com a equipe diretiva da escola e com os seus pais/responsáveis é, muitas vezes, velado e/ou não efetivo para a resolução do problema (WANG et al., 2019).

De fato, o desenvolvimento infantil consiste em uma sequência ordenada e complexa de transformações, incluindo a maturação neurológica, as características de temperamento, a cognição, o aprendizado e as experiências ambientais (SALUM et al., 2010). Com frequência, crianças e adolescentes são expostos a situações de riscos múltiplos e cumulativos e, possivelmente, a combinação ou a sequência desses fatores explique o desenvolvimento de problemas emocionais (BELFER, 2008; CRAPANZANO; FRICK; TERRANOVA, 2010).

A adolescência é um período de transição, caracterizado por intensas transformações do desenvolvimento físico, emocional e social. Também é uma fase da vida em que o indivíduo é exigido para alcançar os objetivos relacionados às expectativas sociais e culturais do meio em que vive. É, portanto, considerada como um período de vulnerabilidade e as alterações de base biológica ou ambiental podem ser determinantes no desenvolvimento emocional dos jovens (EIZIRIK; BASSOLS, 2013).

Nesse sentido, alguns adolescentes desenvolvem um padrão de agressividade mais intenso, como a prática de *bullying*. Assim, tem se buscado a compreensão entre as características de temperamento que podem estar associadas a comportamentos violentos (WHITE; FRICK, 2011).

Entre as características de temperamento, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – edição 5 (DSM-5), constam os traços de insensibilidade, *callous*, e a afetividade restrita, *unemotional*. A insensibilidade é definida como a falta de preocupação com os sentimentos ou problemas dos outros e a ausência de culpa ou remorso; e a afetividade restrita refere-se a pouca reação a situações emocionalmente excitantes, experiência e expressão emocionais constrictas, indiferença e distanciamento em situações, geralmente, atraentes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Outra característica de temperamento é a irritabilidade, sendo definida como humor de fácil aborrecimento, envolvendo sentimentos de raiva e de explosões comportamentais (STRINGARIS, 2011). No entanto, o humor irritável também pode ocorrer na ausência do comportamento agressivo (DESOUSA et al., 2013).

Estudos apontam que traços de insensibilidade e afetividade restrita, bem como, o humor mais irritável estão associados a uma disfunção emocional subjacente. Tais características são relativamente estáveis ao longo da passagem da infância para a adolescência (WHITE; FRICK, 2011). Contudo, a estabilidade das características de temperamento não significa que não seja modificável. Entretanto, pesquisas que avaliam as características de temperamento e alterações de comportamento dos adolescentes em ambiente escolar ainda são escassas.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi o de avaliar os preditores de comportamento de *bullying* relacionados às características demográficas, psicossociais (temperamento e problemas de saúde mental) e de desempenho escolar no período de seguimento de três anos.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo de seguimento, prospectivo, após três anos do término da primeira avaliação sobre fatores associados ao *bullying* em adolescentes escolares. Estudos de seguimento caracterizam-se por uma sequência temporal conhecida de avaliação entre uma exposição ou ausência da mesma, intervenção terapêutica ou fato evolutivo. Destinam-se a estudar um processo ao longo do tempo, para investigar mudanças, ou seja, refletem uma sequência de fatos (HULLEY et al., 2008).

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi de alunos das turmas do 8º e 9º ano diurno de três escolas da rede pública de ensino de Porto Alegre/RS. Na ocasião da primeira coleta, os alunos estavam cursando o 5º e o 6º ano.

Os critérios de inclusão foram: alunos que tivessem participado da primeira fase do estudo em 2014, e que permaneciam frequentando as mesmas escolas. Dentre os critérios de exclusão constava: os alunos que entraram nas escolas após o início do estudo.

O tamanho da amostra para o projeto atual foi calculado no Programa WINPEPI - versão 11.43. Foi considerado para um poder de 80%, um nível de significância de 5%, utilizando um desvio-padrão de 4,44 do Questionário de Bullying - versão vítima do *baseline* no estudo prévio (GONÇALVES et al., 2016) e diferença esperada de 1,0. A amostra mínima calculada foi de 240 alunos.

4.2 INSTRUMENTOS

Os instrumentos foram aplicados nas escolas pela equipe de pesquisa, em sala de aula, no último trimestre de 2017. Utilizou-se um protocolo para coleta de dados sociodemográficos (APÊNDICE A), que incluiu a atualização das seguintes informações: idade, constituição familiar e informações sobre desempenho escolar. Foram aplicados também os questionários descritos a seguir.

O comportamento de *bullying* foi avaliado com o Questionário de Bullying (QB) – versão agressor (ANEXO A) e versão vítima (ANEXO B). O QB é composto por 23 questões, de autorrelato, sobre a prática de *bullying* e por 23 questões sobre vitimização, considerando-se os últimos 30 dias. Cada item questiona uma atitude e a frequência em que ocorreu. Por

exemplo: “Dei socos, pontapés ou empurrões” (versão agressor); “Me deram socos, pontapés ou empurrões” (versão vítima). O QB foi traduzido para o Brasil (FISCHER et al., 2010) e, recentemente, as propriedades psicométricas de ambas as versões foram analisadas (GONÇALVES et al., 2016). Os resultados indicaram confiabilidade satisfatória ($\alpha > 0,85$) e o melhor modelo de categoria de resposta para ambas as versões permaneceu para cada item: (1) “Nunca”, (2) “Uma ou duas vezes no mês”, (3) “Uma ou mais vezes por semana”.

O *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU) apresenta uma avaliação abrangente de traços de insensibilidade e afetividade restrita (ANEXO C). A versão adaptada para o português falado no Brasil é composta por 18 itens (RIGATTI, 2016), metade dos quais em ordem reversa (requer inverter valores dos escores). Cada item é avaliado, usando-se uma escala *Likert* de: 0 = “não é verdade”; 1 = “é um pouco verdade”; 2 = “é muito verdade”; 3 = “é totalmente verdade”. Quanto maiores os escores finais, mais fortes são os traços (FRICK et al., 2005). No presente estudo, foi utilizada a versão de autorrelato, preenchida pelos alunos. As evidências de validação psicométrica do ICU foram analisadas e os resultados foram satisfatórios (RIGATTI, 2016).

O Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão criança (SDQ-C) (ANEXO D) é um questionário de triagem para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (GOODMAN; MELTZER; BAILEY, 1998) e está validado para o Brasil (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). É de fácil aplicação e fornece hipóteses diagnósticas de prováveis problemas de saúde mental. Sua finalidade é medir comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) em crianças e adolescentes, na faixa etária de 3 a 16 anos. O questionário é composto por 25 itens contidos em cinco domínios: emocional, conduta, hiperatividade, relacionamento e pró-social. As alternativas para resposta são expostas em cada questão e apresentam como opções: falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro.

O Índice de Reatividade Afetiva - versão de criança (ARI-C) é composto por 7 questões e está validado para o Brasil (DESOUZA et al., 2013). O ARI avalia sintomas de irritabilidade crônica, ou seja, humor facilmente irritável, caracterizado por presença de raiva e acessos de fúria (STRINGARIS et al., 2012). A escala é respondida, considerando-se os últimos seis meses. O ARI foi criado para avaliar de modo rápido e objetivo três aspectos da irritabilidade: o limiar da reação de raiva; a frequência de sentimentos e comportamentos de raiva, e a sua duração (ANEXO E). A consistência interna mostrou-se excelente, variando de 0,92 (versão para pais) e 0,88 (autoavaliação – filhos).

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pelo programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi o de $\alpha=0,05$ com intervalo de confiança (IC) de 95%. Os dados estão descritos através da média e desvio padrão ou de erro padrão para variáveis contínuas. Para variáveis categóricas os dados estão apresentados como frequência absoluta e percentual. A distribuição de normalidade foi verificada com o teste de *Shapiro-Wilk*.

A associação entre as características sociodemográficas e desempenho escolar no *baseline* e no seguimento de três anos com o QB-agressor e QB-vítima foi analisada com o “Teste t” para amostras independentes. Já a relação entre os traços de temperamento e os problemas de saúde mental foi verificada com a Correlação de *Pearson*.

No presente estudo, consideraram-se os seguintes intervalos de tamanho de efeito de correlação: coeficiente $r= 0,100$ a $< 0,300$: fraca; $r \geq 0,300$ a $< 0,500$: moderada; $r \geq 0,500$ a $1,000$: grande (LENHARD; LENHARD, 2016).

Para a comparação entre o comportamento de *bullying* com os traços de temperamento e problemas de saúde mental nos períodos do *baseline* e do seguimento foi utilizado o *Generalized Estimating Equations* (GEE).

Para categorizar os tipos de *bullying*, considerou-se como ponto de corte o escore para vítima = 29,3 e agressor = 26,8 (GONÇALVES et al., 2016). A categorização foi definida como: não envolvido (baixos escores de vítima e baixos escores de agressor); exclusivo agressor (baixos escores de vítima e altos escores de agressor); exclusivo vítima (altos escores de vítima e baixos escores de agressor) e vítima-agressor (altos escores de vítima e altos escores de agressor). Para analisar a mudança dos tipos de *bullying* ao longo do tempo, foi utilizado o teste Qui-quadrado de *McNemar*.

Os preditores do comportamento de *bullying* foram verificados por meio do delta (Δ) dos escores do QB-vítima e do QB agressor (final menos o inicial = Δ) com os dados do *baseline*, sendo que as variáveis categóricas foram analisadas com o “teste T” para variáveis independentes e com Correlação de *Pearson* para as variáveis contínuas.

Após a análise da mudança dos traços de temperamento e de problemas de saúde mental com o comportamento de *bullying* (Δ das variáveis), por meio da Correlação de *Pearson*, foi realizada a Regressão de *Poisson*, bivariada e multivariada, para identificar os fatores determinantes do comportamento de *bullying* vítima-agressor ao longo do tempo.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente projeto de pesquisa está de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAEE nº 19651113.5.0000.5338) – ANEXO F) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

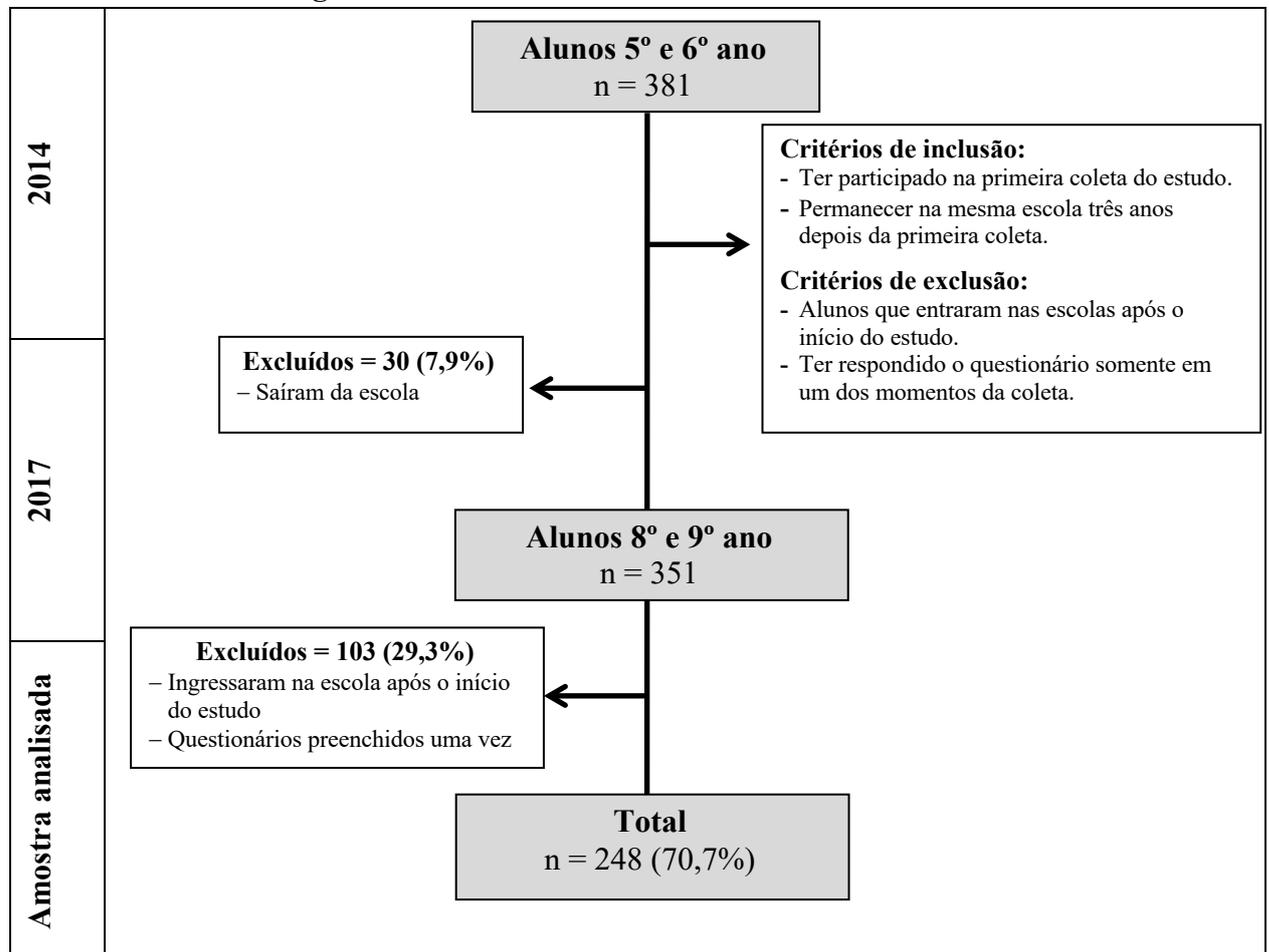
Os alunos receberam um termo de assentimento para aceitação da participação na pesquisa (APÊNDICE A), após os pais ou responsáveis terem assinado um Termo de Consentimento (APÊNDICE B), autorizando a participação dos seus filhos no estudo. A direção das escolas assinou um termo de autorização para a coleta de dados da pesquisa (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS

O fluxo de inclusão da amostra está apresentado na Figura 1. O total de alunos do 8º e 9º ano coletados foram de 351, sendo que 187(53,3%) eram meninos, com média de idade (desvio padrão) de 14,7(DP=1,14) anos, e com predomínio de etnia autodeclarada branca de 152(43,3%) dos alunos.

Foram excluídos da análise final 103(29,3%) alunos por terem preenchido os instrumentos somente em um dos momentos da coleta ou por terem ingressado após o início do estudo em 2014.

Figura 1 – Fluxo da amostra incluída no estudo



Fonte: dados da pesquisa.

A caracterização da amostra final dos 248 alunos incluídos na avaliação do *baseline* e do seguimento está apresentada na Tabela 1. Observa-se a frequência de 129(52%) meninos, com predomínio de 110(44,4%) de etnia autodeclarada branca e com média de idade de 14,6 (DP=1,12) anos. Em relação ao desempenho escolar, verifica-se que 97(39,1%) dos alunos

repetiram, pelo menos uma vez, de ano e 28(11,3%) foram expulsos no período de seguimento.

Tabela 1 – Caracterização da amostra incluída do seguimento de três anos (n=248).

Variáveis	Frequência
Demográficas	
Sexo*	
Masculino	129 (52)
Etnia*	
Branca	110 (44,4)
Negra	68(27,4)
Parda	55 (22,2)
Indígena	11 (4,4)
Asiática	4 (1,6)
Idade**	
<i>Baseline</i>	11,5(1,13)
Seguimento	14,6(1,12)
Desempenho Escolar	
Repetiu de ano*	
<i>Baseline</i>	78 (31,5)
Seguimento	97 (39,1)
Expulsão/suspensão*	
<i>Baseline</i>	16(6,5)
Seguimento	28(11,3)

Fonte: dados da pesquisa.

* Variáveis categóricas apresentadas em frequência (porcentagem).

** Variável contínua apresentada em média (desvio padrão).

A fim de identificar a relação entre o comportamento de *bullying* como vítima ou agressor e as características da amostra desde o *baseline* até o seguimento, realizou-se a comparação entre as características sociodemográficas, de desempenho escolar, de traços de temperamento e de problemas de saúde mental. O resultado, considerando as variáveis categóricas, está apresentado na Tabela 2, e as variáveis contínuas, na Tabela 3.

Observou-se associação significativa entre os alunos que foram expulsos ou suspensos no período de *baseline* e maior escore como *bullying* agressor. As demais variáveis categóricas

não foram significativas tanto no *baseline* como três anos após o início do estudo (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação entre as características sociodemográficas e a prática de *bullying* no *baseline* e no seguimento de três anos.

	<i>Bullying</i> Vítima*		<i>Bullying</i> Agressor*	
	<i>Baseline</i>	Seguimento	<i>Baseline</i>	Seguimento
Sociodemográficas				
Sexo				
Feminino	31,0(5,88)	30,3(6,47)	26,3(3,93)	29,1(4,23)
Masculino	31,4(6,14)	30,2(5,64)	27,3(4,36)	29,9(4,22)
P	0,629	0,628	0,063	0,124
Etnia				
Branca	31,4(5,91)	30,7(5,57)	26,5(4,12)	29,3(3,59)
Negra	31,1(6,57)	29,8(6,43)	27,0(4,04)	29,1(4,60)
Parda	31,1(5,71)	29,3(6,66)	27,2(4,30)	29,5(4,67)
Indígena	30,8(5,28)	32,4(5,39)	27,8(5,32)	31,5(3,97)
Asiática	30,1(7,24)	32,5(1,97)	26,8(4,11)	33,3(7,24)
P	0,990	0,393	0,731	0,169
Desempenho Escolar				
Repetência				
Sim	31,8(6,32)	30,7(6,68)	27,4(4,27)	29,5(4,97)
Não	30,9(5,85)	30,0(5,73)	26,6(4,12)	29,5(3,87)
P	0,262	0,406	0,190	0,984
Expulsão/suspensão				
Sim	30,5(4,95)	28,2(5,07)	29,8(4,62)	28,8(5,07)
Não	31,2(6,08)	30,4(6,09)	26,6(4,08)	29,5(4,25)
P	0,628	0,169	0,003	0,485

Fonte: dados da pesquisa.

Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor.

*Variável apresentada em média e desvio padrão (DP) e analisadas com teste t para amostras independentes.

Em relação aos traços de temperamento, foi encontrada correlação moderada significativa positiva (coeficiente $\geq 0,300$ e $r < 0,500$) entre *bullying* vítima e agressor com

irritabilidade no *baseline* e no seguimento (Tabela 3). Também houve correlação significativa positiva fraca (coeficiente $r \geq 0,200$ e $r < 0,300$) entre insensibilidade e comportamento como agressor e vítima, em ambos os períodos analisados. O total do ICU apresentou correlação fraca positiva significativa no seguimento com o *bullying* agressor (Tabela 3).

A correlação moderada significativa positiva foi encontrada entre problemas de saúde mental e *bullying* vítima no *baseline* para o domínio emocional e, no seguimento, para o domínio relacionamento. Já no domínio conduta, a correlação moderada positiva foi tanto para vítima como para agressor em ambos os períodos da análise. A correlação positiva significativa fraca foi encontrada no domínio hiperatividade, no período de seguimento, tanto para vítima como para o agressor e, também, foi fraca no domínio relacionamento para a vítima no *baseline*. Em relação ao domínio pró-social, houve correlação fraca negativa significativa entre agressor no *baseline* e no seguimento de três anos (Tabela 3). As correlações de $r < 0,200$ não foram consideradas como clinicamente relevantes, mesmo com significância estatística ($p < 0,05$).

Para avaliar a evolução ao longo dos três anos, relacionado ao comportamento de *bullying*, os traços de temperamento e aos problemas de saúde mental, foi realizada uma análise comparando os escores dos instrumentos nos dois períodos. O resultado encontra-se na Tabela 4, e observou-se que houve mudanças significativas em relação ao *bullying*, sendo que os escores aumentaram significativamente para o agressor ($p < 0,001$) e houve diminuição para vítima ($p = 0,024$). Os traços de temperamento também aumentaram significativamente para a irritabilidade ($p = 0,004$) e indiferença ($p < 0,001$), porém, houve diminuição significativa para insensibilidade ($p = 0,039$). Para a afetividade restrita e o total do ICU, permaneceram estáveis ao longo do tempo ($p =$ não significativo).

Por outro lado, observou-se mudança em relação a todos os domínios dos problemas de saúde mental mensurado via SDQ-C (Tabela 4), sendo que houve diminuição significativa dos escores ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Correlação entre as características de idade, temperamento e problemas de saúde mental com a prática de bullying no *baseline* e no seguimento de três anos.

Características	<i>Bullying</i> Vítima [#]		<i>Bullying</i> Agressor [#]	
	<i>Baseline</i>	Seguimento	<i>Baseline</i>	Seguimento
Demográfica				
Idade	0,056	0,016	0,141*	0,108
Temperamento				
Irritabilidade ^{##}	0,397**	0,475**	0,422**	0,389**
Insensibilidade ^{###}	0,257**	0,282**	0,238**	0,229**
Indiferença ^{###}	-0,071	0,118	0,158*	0,276**
Afetividade restrita ^{###}	-0,127*	-0,087	-0,063	0,022
Total ICU ^{###}	0,095	0,176*	0,192*	0,258**
Problemas de saúde mental^{####}				
Emocional	0,383**	0,037	0,183*	-0,173*
Conduta	0,350**	0,460**	0,313**	0,496**
Hiperatividade	0,107	0,268**	0,055	0,254**
Relacionamento	0,235**	0,306**	0,040	0,117
Pró-social	-0,053	-0,187*	-0,203*	-0,280**

Fonte: dados da pesquisa.

Dados analisadas com Correlação de *Pearson* e apresentado o coeficiente de correlação (r).

*p<0,05 e **p<0,001.

Variáveis avaliadas com:

Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor.

Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C).

Inventory of callous-Unemotional Traits (ICU).

Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C).

Tabela 4 – Comparação do comportamento de *bullying*, temperamento e problemas de saúde mental entre o *baseline* e o seguimento de três anos.

Variáveis	<i>Baseline</i>	<i>Seguimento</i>	p
	Média (erro padrão)	Média (erro padrão)	
<i>Bullying*</i>			
Vítima	31,2(0,38)	30,2(0,38)	0,024
Agressor	26,9(0,26)	29,5(0,26)	<0,001
Temperamento			
Irritabilidade**	11,1(0,23)	12,4(0,26)	<0,004
Insensibilidade***	6,8(0,31)	6,1(0,28)	0,039
Indiferença***	3,6(0,18)	5,0(0,20)	<0,001
Afetividade restrita***	8,4(0,18)	8,4(0,19)	0,847
Total ICU	18,9(0,42)	19,5(0,46)	0,233
Problemas de saúde mental****			
Emocional	3,9(0,14)	3,2(0,17)	0,001
Conduta	3,5(0,11)	3,1(0,13)	0,002
Hiperatividade	4,9(0,11)	3,9(0,14)	<0,001
Relacionamento	5,0(0,12)	2,7(0,11)	<0,001
Pró-social	7,2(0,13)	6,4(0,15)	<0,001

Fonte: dados da pesquisa.

Dados apresentados como média (erro padrão) e analisadas com *Generalized Estimating Equations* (GEE).

Variáveis avaliadas com:

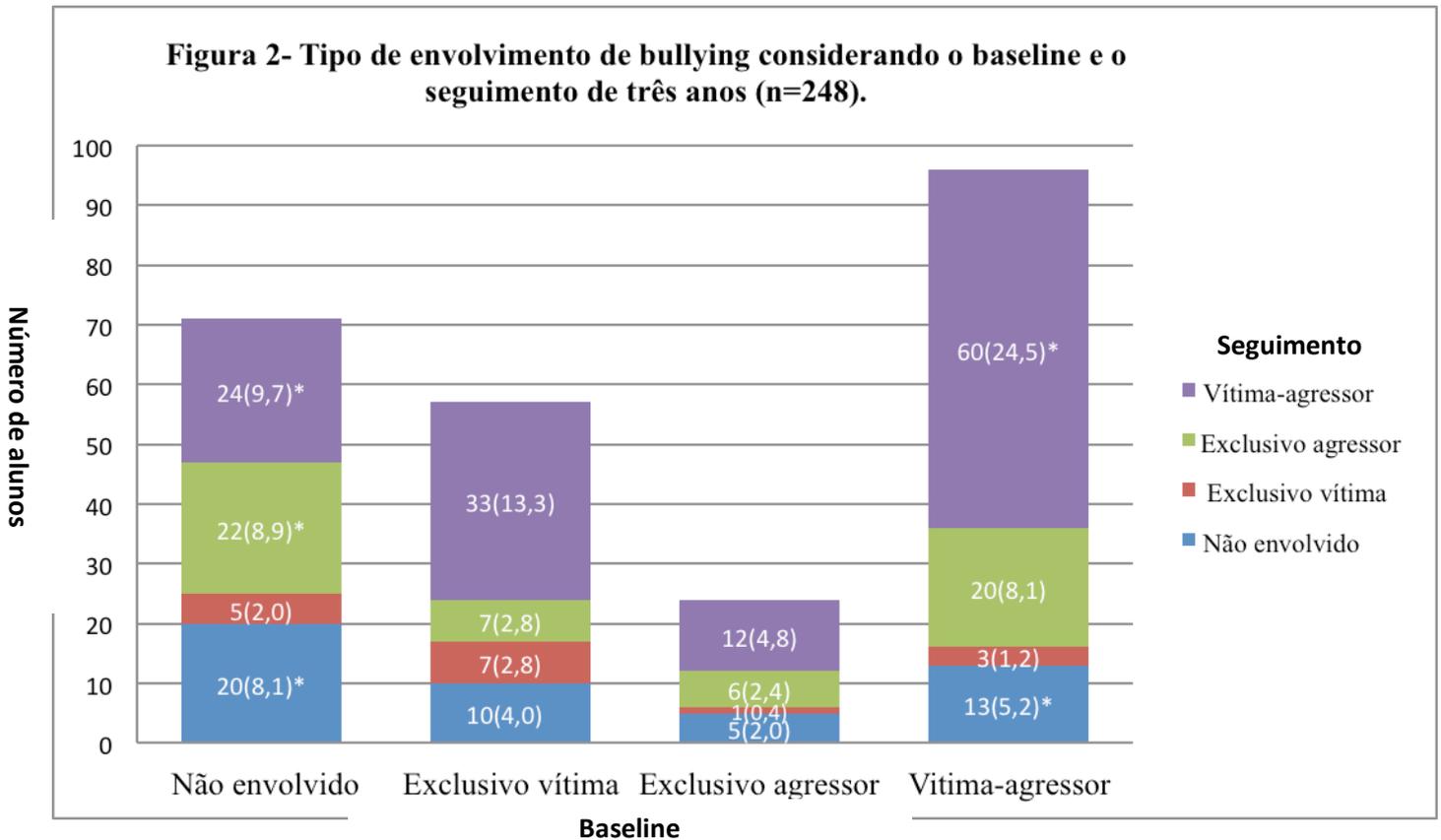
* Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor.

** Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C).

*** *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU).

****Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C).

Considerando que houve modificação no comportamento de *bullying* ao longo do tempo, utilizou-se os critérios de categorização de prática de *bullying* para verificar-se o tipo de envolvimento que mudou ao longo do tempo. Observou-se modificação significativa ($p < 0,001$) no tipo de prática de *bullying* ao longo dos três anos, conforme está apresentado na Figura 2.



Fonte: dados da pesquisa.

Dados apresentados em frequência absoluta (percentagem) e analisados com Teste Qui Quadrado de McNemar.

*Resultado significativo, conforme o ajuste residual ($p < 0,001$).

Variáveis avaliadas com o Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor.

Os resultados dos preditores da mudança do comportamento de *bullying*, ao longo do tempo, estão apresentados na Tabela 5. Foi encontrado como preditor significativo o maior escore como agressor entre os alunos sem histórico de expulsão ou suspensão ($p=0,017$). As correlações entre o Δ de *bullying* agressor e vítima com os traços de temperamento foram fracas ($r \leq 0,200$) e, mesmo com significância estatística, não foram consideradas como clinicamente relevantes.

Tabela 5 – Características preditoras de mudança de comportamento de *bullying* vítima e agressor no seguimento de três anos.

	Vítima*		Agressor*	
	Δ (EP)	P	Δ (EP)	p
Sociodemográficas				
Sexo**		0,825		0,590
Masculino	-1,17(0,56)		2,54(0,51)	
Feminino	0,72(0,64)		2,70(0,48)	
Idade***	-0,041	0,524	-0,023	0,718
Etnia**				
Branca	-0,68(0,63)		2,83(0,52)	
Negra	-1,32(0,78)		2,12(0,67)	
Parda	-1,79(1,01)	0,426	2,30(0,75)	0,527
Indígena	1,61(1,21)		3,70(1,62)	
Asiática	2,45(3,00)		6,47(3,53)	
Desempenho Escolar				
Repetência*				
Sim	-1,11(0,79)	0,798	2,09(0,73)	0,317
Não	-0,88(0,50)		2,85(0,39)	
Expulsão/suspensão*				
Sim	-2,26(1,59)	0,421	-1,07(1,44)	0,017
Não	-0,86(0,44)		2,87(0,35)	
Temperamento***				
Irritabilidade#	-0,115	0,070	-0,161	0,011
Insensibilidade##	-0,151	0,017	-0,146	0,021
Indiferença##	0,042	0,512	-0,089	0,160
Afetividade restrita##	-0,019	0,761	0,032	0,614
Total ICU##	-0,100	0,115	-0,132	0,037
Problemas de saúde mental***				
Emocional###	-0,183	0,004	-0,043	0,504
Conduta###	-0,118	0,065	-0,112	0,081
Hiperatividade###	-0,123	0,054	-0,070	0,274
Relacionamento###	-0,022	0,731	0,093	0,144
Pró-social###	0,022	0,732	0,101	0,112

Fonte: dados da pesquisa.

*Delta (Δ) dos escores do Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor apresentada em média e erro padrão (EP).

**Variáveis categóricas analisadas com teste t para amostras independentes.

***Variáveis contínuas analisadas com *Correlação de Pearson* e apresentadas como coeficiente de correlação (r).

Variáveis avaliadas com:

Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C).

Inventory of callous-Unemotional Traits (ICU).

Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C).

Considerando que os traços de temperamento e os problemas de saúde mental também podem modificar ao longo do tempo, foi verificada a correlação entre o Δ destas variáveis com Δ de *bullying* agressor e vítima (Tabela 6). Foi encontrada correlação positiva significativa fraca ($r \leq 0,200$ e $> 0,300$) entre a vítima e o agressor e os traços de irritabilidade, insensibilidade e o total do ICU. Já a indiferença foi correlacionada significativamente com o agressor e não com o *bullying* vítima. Também não houve correlação entre a mudança de afetividade restrita com a prática de *bullying*.

O problema de saúde mental que apresentou correlação positiva significativa foi no domínio conduta, tanto para vítima como para agressor. Ou seja, a mudança no comportamento de *bullying* tem relação com a mudança dos traços de temperamento e no domínio conduta.

Tabela 6 – Comparação entre as características de temperamento e problemas de saúde mental com a prática de *bullying* no baseline e no seguimento de três anos.

	Vítima*		Agressor*	
	Δ (EP)	P	Δ (EP)	p
Δ Temperamento**				
Irritabilidade [#]	0,222	<0,001	0,258	<0,001
Insensibilidade ^{###}	0,259	<0,001	0,225	<0,001
Indiferença ^{###}	0,061	0,340	0,210	0,001
Afetividade restrita ^{###}	0,044	0,488	-0,034	0,595
Total ICU ^{###}	0,232	<0,001	0,242	<0,001
Δ Problemas de saúde mental**				
Emocional ^{###}	0,081	0,204	-0,133	0,036
Conduta ^{###}	0,261	<0,001	0,294	<0,001
Hiperatividade ^{###}	0,121	0,059	0,127	0,048
Relacionamento ^{###}	0,093	0,148	-0,052	0,413
Pró-social ^{###}	-0,102	0,110	-0,175	0,006

Fonte: dados da pesquisa.

*Delta (Δ) dos escores do Questionário de *Bullying* (QB) – vítima e agressor apresentada em média e erro padrão (EP).

** *Correlação de Pearson* e apresentadas como coeficiente de correlação (r).

Variáveis avaliadas com:

[#] Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C).

^{###} *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU).

^{###} Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C).

Conforme a categorização dos tipos de *bullying*, observou-se um aumento significativo no comportamento de vítima-agressor ao final de três anos de seguimento (Figura 2). Para identificar os determinantes para a mudança desse tipo específico de *bullying* foi realizado uma análise de regressão multivariada, considerando os 152 alunos que não eram categorizados como vítima-agressor no *baseline*. Na continuação, observou-se que, destes, 69 alunos modificaram para o comportamento vítima-agressor e que foram comparados aos demais alunos não envolvidos como vítima-agressor no seguimento. Para entrar no modelo de regressão, considerou-se as variáveis independentes com $p < 0,200$ na análise bivariada (Tabela 7).

Após a análise multivariada, foi encontrado que a repetência escolar aumenta o risco para o comportamento como vítima-agressor em 54%. Já a maior mudança na irritabilidade e na insensibilidade aumenta o risco em 6% e 3%, respectivamente, para cada ponto a mais nas escalas que avaliaram os traços de temperamento. Por outro lado, cada ponto a menos do domínio emocional, diminui em 9% o risco para o envolvimento como vítima-agressor (Tabela 7).

Tabela 7 – Resultado das características determinantes da modificação do comportamento para vítima agressor no período de seguimento (n=152).

Variáveis Independentes	Vítima-agressor				
	Bivariada*			Multivariada**	
	Não n=83(55%)	Sim n=69(45%)	P	Risco (IC 95%)	p
Sociodemográficas					
Sexo					
Masculino	40(48)	37(54)	0,506	--	--
Feminino	43(52)	32(46)			
Idade	14,5(0,12)	14,7(0,14)	0,313	--	--
Desempenho escolar					
Repetência					
Sim	21(25)	24(35)	0,186	1,54(1,09-2,17)	0,013
Não	62(75)	45(65)			
Expulsão/suspensão					
Sim	5(6)	5(7)	0,753	--	--
Não	78(94)	64(93)			
Temperamento					
Irritabilidade [#]	-0,17(0,50)	2,94(0,56)	<0,001	1,06(1,01-1,11)	0,031
Insensibilidade ^{###}	-1,72(0,55)	1,05(0,75)	0,001	1,03(1,00-1,07)	0,015
Indiferença ^{###}	0,72(0,37)	2,48(0,47)	0,005	1,00(0,93-1,07)	0,922
Afetividade restrita ^{##}	-0,42(0,50)	-0,35(0,42)	0,904	--	--
Total ICU ^{###}	-1,38(0,80)	3,30(1,09)	<0,001	--	--
Problemas de saúde mental					
Emocional ^{####}	-0,02(0,32)	-1,17(0,39)	0,022	0,91(0,87-0,96)	<0,001
Conduta ^{###}	-0,98(0,23)	0,45(0,30)	<0,001	1,03(0,93-1,13)	0,521
Hiperatividade ^{###}	-1,56(0,30)	-0,34(0,34)	0,003	1,02(0,95-1,08)	0,548
Relacionamento ^{###}	-2,31(0,24)	-2,33(0,33)	0,968	--	--
Pró-social ^{###}	0,03(0,35)	-1,51(0,31)	0,001	0,96(0,89-1,04)	0,353

Fonte: dados da pesquisa.

Análise de Regressão de Poisson Multivariada** para valor $p > 0,100$ na análise Bivariada*.

EP- Erro Padrão; IC- Intervalo de Confiança.

Variáveis avaliadas com:

[#] Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C).

^{###} *Inventory of callous-Unemotional Traits* (ICU).

^{####} Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C).

6 DISCUSSÃO

O presente estudo sobre o comportamento de *bullying* em adolescentes encontrou uma associação significativa entre os alunos que foram expulsos ou suspensos no período de *baseline* e maior escore como *bullying* agressor. Esse achado está de acordo com um estudo transversal que apontou associação significativa entre o envolvimento com *bullying* como agressor e histórico de suspensão ou expulsão em sete a cada 10 crianças encaminhadas à rede de saúde com queixa de baixo desempenho escolar (MARTURANO; TOLLER; ELIAS, 2005). Este achado também foi evidenciado em uma pesquisa que aponta a agressividade como uma das queixas mais frequentes para o encaminhamento de adolescentes à psicoterapia (CABALLO et al., 2012).

Em contrapartida, outra pesquisa transversal, realizada em uma escola estadual da região central de Minas Gerais, com alunos do ensino fundamental, do 5º ao 9º ano, revelou extrema rigidez disciplinar diante do comportamento de *bullying*. Nesse contexto, os agressores eram punidos através de expulsões e de suspensões por parte dos professores, em sala de aula, apoiados pela equipe diretiva da escola (TORO; NEVES; REZENDE, 2010). De fato, pode-se destacar os desfechos diante do enfrentamento de situações de agressividade sendo que, nesses casos, os alunos foram considerados “o problema”. Muitos deles, eram provenientes de outras instituições escolares, com histórico de expulsão, por questões relacionadas ao temperamento e à agressividade. Tais descrições conduzem a pensar o cenário escolar e a perpetração da violência escolar como construção dinâmica, contínua e processual, que pode ter o professor como personagem decisivo para aplicação de condutas rígidas, apoiado à direção escolar (TORO; NEVES; REZENDE, 2010).

Os resultados do nosso estudo demonstram uma relação aos traços de temperamento entre *bullying* vítima e agressor com irritabilidade no *baseline* e no seguimento. De acordo com Trautman (2008), em sua pesquisa, constatou-se que, dentre algumas características dos agressores estão: comportamento impulsivo e disruptivo, agressividade e temperamento irritável. Quanto às vítimas, alguns autores dividem-nas em dois tipos: passivas, que costumam ser mais ansiosas, quietas e submissas (ORPINAS; HORNE, 2006); e provocativas, normalmente, apresentando comportamento ansioso, temperamento irritadiço e desejo de vingança (SCHOLTE et al., 2007; SPRIGGS et al., 2007; CERESO; ATO, 2010; ALBUQUERQUE; WILLIAMS; D’AFFONSECA, 2013).

De fato, essa superioridade de poder para com o outro, que embasa as relações as quais se estabelece o *bullying*, revela indícios do maior envolvimento masculino nas situações de

bullying como vítimas, bem como, agressores, pois a diferença cultural na formação e desenvolvimento dos meninos e meninas pode sustentar tais comportamentos ao longo do tempo. Desde a infância, os meninos, por exemplo, são permeados por tendências agressivas no comportamento as quais os encoraja a manter atitudes hostis e tendências irritáveis com os pares, além de emanar masculinidade por meio da imposição da força física e da valentia. A valentia, o exibicionismo e a feminilidade também se relacionam a graus fortes de irritabilidade entre as meninas, desde a infância, corroborando para a utilização da violência/agressividade nas relações com seus pares com o passar dos anos (MARCOLINO et al., 2018). Uma pesquisa recente, com alunos de escolas públicas de Porto Alegre/RS, indicaram associação significativa entre o comportamento de *bullying* com determinados traços de temperamento, sobretudo, os envolvidos tanto como vítima e como agressor com maior irritabilidade e insensibilidade (SANTOS, 2019), o que colabora com as evidências encontradas no presente estudo sobre traços de temperamento entre *bullying* vítima e agressor com irritabilidade e a correlação significativa positiva evidenciada entre insensibilidade e comportamento como agressor e vítima.

Este estudo apresentou correlação fraca positiva significativa no seguimento entre o total do ICU e o *bullying* agressor. Resultados de um estudo transversal que investigou a relação entre temperamento e comportamento de *bullying* por meio do ICU, sugeriram que os traços marcantes de indiferença, de insensibilidade e de afetividade restrita podem designar subgrupos importantes de jovens agressivos (WANG et al., 2019). O estudo concluiu que os adolescentes, caracterizados por níveis mais altos de escore do ICU, eram mais propensos a exibir agressividade proativa e reativa combinada, em comparação com formas puras de agressão proativa ou reativa. Em uma outra pesquisa foi evidenciado que crianças com características de agressividade reativa manifestam raiva e comportamento agressivo em resposta às provocações dos pares. Por outro lado, as crianças com agressividade proativa apresentavam tendência a serem mais “frias” e utilizam a agressividade para obter vantagens ou para atingir algum objetivo (WANG et al., 2019).

Ainda, o presente estudo revelou correlação moderada significativa positiva entre problemas de saúde mental e *bullying* vítima no *baseline* para o domínio emocional e, no seguimento, para o domínio relacionamento. De fato, além do impacto macrossocial, o *bullying* tem efeito direto nas dimensões emocionais, psicológicas, físicas e sociais desde o início dos ataques. As vítimas caracterizam-se, na maioria, como indefesas, inseguras e com baixa autoestima, principalmente, por apresentarem alguma característica socialmente discriminada. Essa perseguição produz reflexos negativos na saúde dos escolares vitimizados. Estes tendem

a desenvolver instabilidade emocional, tendência a transtornos mentais, como depressão e ansiedade a curto prazo, logo em que se manifestam os tipos de agressões. Ao passar dos anos, o processo de vitimização pode acarretar redução da qualidade de vida e dificuldades de relacionamento e interação social dos adolescentes (MARCOLINO et al., 2018).

Uma pesquisa realizada com 283 sujeitos, de 5^a a 8^a séries, de duas escolas públicas da rede estadual de ensino do município de Presidente Prudente - SP, no ano de 2006, apontou que os alunos das 5^{as} séries demonstraram distintas formas de enfrentamento aos maus tratos sofridos, quando comparados aos alunos de 8^{as} séries, na medida que os menores apresentam uma atividade mais ativa, em detrimento de uma postura mais passiva de não reação explícita, presente nas respostas dos alunos de 8^{as} séries. Nas 5^{as} séries, os alunos são mais vulneráveis pela faixa etária e, por vezes, internalizam mais as agressões sofridas. Contudo, nas 8^{as} séries foram apontadas que, ao longo do tempo escolar, as agressões sofridas assumem um caráter cumulativo na vítima, levando-as, na maioria das vezes, a ignorar os conflitos, apesar de culminar em problemas relacionais (FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009). Por outro lado, em um estudo foi encontrado que há diferenças nas formas de reação de adolescentes e jovens frente ao *bullying*, indicando que alguns conseguem enfrentar mais satisfatoriamente tal situação adversa, demonstrando que o problema não impacta tão negativamente suas vidas (DONNON; HAMMOND, 2007).

Nos nossos resultados houve uma correlação moderada positiva, no domínio conduta, tanto para vítima como para agressor, em ambos os períodos da análise. De fato, o *bullying* pode acarretar consequências graves em adolescentes, tanto em agressores quanto em vítimas, como o desenvolvimento de psicopatologias: manifestação de TC, transtorno da personalidade antissocial, TOD, além de envolvimento com a criminalidade, uso de drogas ilícitas, detenções e suicídios. Estudos indicam que indivíduos do sexo masculino apresentam maior probabilidade de serem perpetradores de condutas agressivas, comportamentos hostis e atos de agressividade. Ademais, alguns transtornos mentais apontam uma incidência superior em indivíduos do sexo masculino, em relação ao sexo feminino, por exemplo (CALBO et al., 2009).

Uma das possíveis explicações para esta diferença é que, embora os agressores e as vítimas do sexo masculino sejam mais frequentes, as meninas tendem a utilizar formas psicológicas de agressão, como ocorre no *bullying* indireto, por exemplo, o que leva a produzir efeitos mais prejudiciais ao indivíduo comparado às formas de violência direta, como em situações de agressões físicas. Outra explicação apoia-se na sustentação de que agressores e vítimas do comportamento de *bullying* já estejam vivenciando problemas de saúde mental, desencadeando, muitas vezes, o comportamento disruptivo. Nesse caso, por exemplo: uma

criança que sofre *bullying* ou está sendo excluída pelos colegas (desvio de pares), ou está apresentando problemas no desempenho escolar (dificuldade de leitura ou hiperatividade), corroborando para um comportamento de oposição. Há, ainda, casos em que, tanto agressores como vítimas, desencadeiam algum tipo de fobia, devido às práticas de *bullying*, tornando-se opositora às regras (CALBO et al., 2009).

Outros achados da presente pesquisa foram a correlação positiva significativa fraca, encontrada no domínio hiperatividade, no período de seguimento, tanto para vítima como para o agressor e em relação ao domínio pró-social, onde foi evidenciada correlação fraca negativa significativa entre agressor no *baseline* e no seguimento de três anos. A análise dos fatores comportamentais associados aos agressores e às vítimas de *bullying*, após análise ajustada, em um estudo realizado com 1.075 estudantes, de duas escolas públicas de ensino fundamental, do bairro Fragata, de Pelotas/RS, entre alunos de 1ª e a 8ª séries, apontou para uma associação entre agressores e vítimas do comportamento de *bullying* e a hiperatividade. Geralmente, os agressores, em sala de aula, apresentam dificuldade de finalizar atividades, levantam-se de suas cadeiras e se direcionam a grupos de conversas afins e, comumente, saem e adentram a sala de aula por várias vezes. A hiperatividade em vítimas pode corresponder a outro perfil destas: o provocativo. Neste tipo, a vítima exibe uma combinação de ansiedade e traços agressivos e, às vezes, provoca colegas por sua hiperatividade e comportamento irritante. É possível que não exista um separador absoluto entre vítimas e provocadores de *bullying*. Esse tipo de resposta pode acontecer não só por suas características comportamentais, mas como um mecanismo de defesa (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

No entanto, quando foram analisados os comportamentos pró-sociais, uma pesquisa (CALBO et al., 2009) apontou que os meninos apresentaram escores mais elevados antissociais comparado às meninas. Em uma análise qualitativa dos dados, observou-se que o maior escore desse fator (comportamento pró-social) foi obtido por uma menina, revelando uma grande diferença em relação aos outros alunos. Esses resultados sustentam a ideia de que o gênero tem influência na manifestação de comportamentos agressivos, especialmente, nos casos de agressividade direta, que inclui agressões verbais e físicas, condutas mais comumente observadas nos meninos. No estudo supracitado, também foi possível visualizar aspectos dinâmicos do fenômeno *bullying*. A associação negativa entre comportamento pró-social e vitimização pode ser interpretada em, pelo menos, duas direções: a primeira, na qual a manifestação de comportamentos pró-sociais – como ir bem na escola, ser um bom líder, importar-se com o bem-estar dos demais – funciona como um fator de proteção contra sofrer vitimização; e a segunda, na qual os efeitos da vitimização diminuem a capacidade do indivíduo

de manifestar comportamentos pró-sociais. A associação entre comportamento agressivo e vitimização, por sua vez, pode indicar uma interação recíproca, em que manifestações de agressividade são reforçadas em um esquema de modelação do comportamento (CALBO et al., 2009).

O presente estudo avaliou a evolução, ao longo dos três anos, do comportamento de *bullying*, dos traços de temperamento e dos problemas de saúde mental. Foi realizada uma análise comparando os escores dos instrumentos nos dois períodos. Observou-se que houve mudanças significativas em relação ao *bullying*, sendo que os escores aumentaram significativamente para o agressor e, para vítima, houve diminuição. Como na adolescência a probabilidade de emissão de comportamentos de risco, tais como os inerentes ao *bullying* é maior comparado a outras fases de desenvolvimento, considera-se que esse período da vida refere-se a um momento de maior vulnerabilidade às experiências de violência entre pares na escola, em função, dentre outros aspectos, do tempo que passam nessa instituição e também do maior contato com outros adolescentes. Ademais, a prática de *bullying* sinaliza, em muitos casos, um aumento nos problemas emocionais e nos traços de temperamento de adolescentes (SILVA et al., 2017).

Segundo estudo realizado no Brasil, em torno de um terço dos meninos e das meninas sofreram *bullying* nos 30 dias anteriores à pesquisa, porém, não foi avaliada a prática do comportamento (MALTA et al., 2010). Em outro estudo brasileiro, verificou-se que 29,1% dos estudantes haviam sido vítimas de *bullying*, considerando o último ano, e que 37,6% eram perpetradores (FISCHER et al., 2010). Em concordância com um estudo da OMS, a prevalência de envolvimento com *bullying*, no presente estudo, foi semelhante ao de locais da Europa e EUA, onde a prática apresenta taxas mais elevadas (CURRIE et al., 2008). Esse dado aponta que este é um problema que merece atenção também no Brasil.

Observa-se a relação com os aspectos emocionais vinculados ao temperamento e aos problemas de saúde mental. A irritabilidade é um traço de temperamento caracterizado pela tendência de experimentar raiva e de ser reativo a frustrações e provocações. Desse modo, o temperamento mais irritável pode interferir nas relações interpessoais, devido à dificuldade em controlar a expressão das emoções negativas, resultando em déficits ou excessos comportamentais que prejudicam a interação dos sujeitos com seus pares (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011; STRINGARIS et al., 2012). Observou-se, neste estudo, que o temperamento mais irritável e o fato de ser agressor aumentou no seguimento de três anos. Esse achado está de acordo com estudos prévios que constataram que determinadas características de temperamento estão associadas ao comportamento de *bullying* direto

(VIDING et al., 2009; FANTI; KIMONIS, 2012). Além disso, a irritabilidade foi associada a desfechos negativos em saúde (como transtornos internalizantes) e, por se caracterizar por explosões de raiva, favorece o comportamento de *bullying* ao longo do tempo (STRINGARIS et al., 2012).

O resultado da avaliação de problemas de saúde mental e *bullying* indicou que há correlação significativa entre os agressores e dificuldades emocionais. Esse achado está de acordo com outros estudos em que devido os agressores mostrarem-se valentões, dominadores, impulsivos e opositores, os vínculos relacionais entre eles e o grupo são difíceis. Não obstante, também são considerados hiperativos, com dificuldade de aprendizado e dificuldade de manterem boa postura em sala de aula. De pronto, levantam-se de suas cadeiras e se dirigem a grupos de conversas ou, simplesmente, entram e saem de suas salas de aula frequentemente, justificando necessidades fisiológicas, enquanto, na verdade, passeiam pelos corredores da escola e adentram outros setores para conversarem com outras pessoas. Além disso, os agressores carecem de comportamento pró-social, uma vez que não são respeitosos e colaborativos com os colegas e professores. São, portanto, os mais vulneráveis a apresentar transtornos de conduta, envolverem-se com criminalidade e fazerem uso de drogas ilícitas (VAUGHN et al., 2010; WEISS et al., 2011).

Entretanto, no presente estudo, observou-se uma mudança em relação a todos os domínios dos problemas de saúde mental, ocasionando uma diminuição significativa dos escores. Este achado pode ser explicado através das estratégias de enfrentamento de adolescentes, de maior faixa etária, em relação às agressões sofridas. Muitos deles apresentam resiliência e buscam solucionar os problemas através de formas mais parcimoniosas. Também, torna-se cada vez mais frequente a procura de jovens por serviços de apoio em saúde mental (BRASIL, 2017). Ações preventivas relacionadas a problemas mentais, tal como o suicídio, estão sendo trabalhadas na sociedade pelos profissionais da saúde. Nessa ênfase, destaca-se o “Setembro Amarelo”, que busca a conscientização de crianças, adolescentes e adultos para o tratamento da depressão associada ao risco de suicídio e ao ato propriamente dito (BRASIL, 2017). Contudo, as intervenções antibullying, dentro da escola, com resultados eficazes, ainda são escassas em nosso país (SINGHAM et al., 2017).

Os traços de temperamento também aumentaram significativamente para a irritabilidade e indiferença, porém, houve diminuição significativa para insensibilidade, conforme achados do presente estudo. Uma pesquisa demonstrou que a irritabilidade, bem como, a indiferença são características marcantes do *bullying* indireto, perpetrado mais frequentemente por meninas. O autor evidencia que a forma indireta do comportamento vem crescendo nos últimos anos. Logo,

este fenômeno surge de forma diferenciada, marcada pelo conflito e a agressão do tipo “não física”, apresentando-se comumente de forma “velada”. De tal modo, distingue-se das agressões dos meninos, em que a forma é muito mais aparente: é física. Ao oposto, nas meninas, as agressões mais corriqueiras envolvem: exclusão, fofocas, apelidos, dentre outras. A pesquisa ainda reitera que a insensibilidade no *bullying* indireto, perpetrado por meninas, não é a principal característica observada, visto que “insensível” é ser desprovido de emoções e, de fato, é perceptível nas formas “veladas” de agressões, uma “forte emoção”, ou seja, uma espécie de “diversão intrínseca” contra os pares (LOPES NETO, 2005).

O presente estudo aponta para uma modificação significativa no tipo de prática de *bullying* ao longo dos três anos. Uma pesquisa realizada com alunos de 5^a a 8^a séries, revelou que nas 5^{as} séries, as formas de violência manifestaram-se mais por meio de ameaças físicas, contudo, nas 8^{as} séries destacaram-se os insultos e as provocações (FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009). Entretanto, outro estudo constatou que a agressão indireta é a forma mais utilizada para se maltratar os pares em faixas etárias mais altas. Percebe-se que, de uma série para outra, houve um decréscimo no número de alunos que afirmaram não terem sido maltratados na escola, o que permite evidências de que o tempo pode modificar a expressividade do *bullying* (MARTINS, 2005).

A nossa pesquisa também revelou maior frequência de vítima-agressor em relação aos demais personagens do comportamento de *bullying*. Este resultado também foi encontrado em estudos prévios que consideraram que as situações de vitimização, torna o adolescente mais suscetível a futuras reações de agressividade (ZOEAGA; ROSIM, 2009). O tipo vítima-agressor pode manifestar seu comportamento de forma proativa ou reativa. Ou seja, a primeira envolve a conduta de iniciar a agressão, mesmo em situações que não foram provocados. Já a segunda forma, a reativa, é um ato impulsivo, em resposta a uma provocação ou a uma ameaça percebida, colaborando para uma resposta defensiva de raiva (ALMEIDA, 2012). Portanto, as vítimas-agressores têm, no seu perfil, inúmeras características combinadas, apresentando-se como frágeis, ansiosas, inseguras e negativistas. Contudo, podem reagir quando atacadas, tentando agredir os colegas mais vulneráveis (ALMEIDA, 2012). Esse achado pode explicar a redução, durante o seguimento, dos não envolvidos em *bullying*, bem como, a redução no número de agressores e de vítimas. Porém, outra explicação poderia estar no fato de que os personagens que, antes estavam envolvidos como exclusivos agressores e exclusivos vítimas, tenham adotado um comportamento ativo e passivo, ao mesmo tempo, devido à proporção que as agressões tomaram em relação à sua qualidade de vida e condição de saúde (maior susceptibilidade e vulnerabilidade dos personagens perpetradores e sofredores) e, até mesmo,

em relação à frequência da prática e ao meio instigador e adaptador de comportamentos vulneráveis (CALBO et al., 2009).

Além disso, também foi encontrado como preditor significativo, no presente estudo, o maior escore como agressor entre os alunos sem histórico de expulsão ou suspensão no *baseline*. Com as constantes práticas do comportamento nas instituições escolares, o *bullying* começou a ser identificado como prejudicial à saúde mental dos envolvidos, uma vez que inclui as relações em sala de aula e o cotidiano escolar em uma atmosfera de desrespeito, tensão e medo, principalmente, através da perpetração dos agressores. Até recentemente, poucas instituições de ensino reconheciam nessa forma de violência uma ameaça importante contra crianças, professores ou funcionários, sendo mais comum, para a escola, ignorar o comportamento e esperar para que acabasse as faltas às aulas, o baixo rendimento escolar, os problemas de concentração e de relacionamento social apresentado pelos alunos. De fato, há uma maior prevalência, no âmbito escolar, de agressores sem histórico de repreensão. Uma explicação que pode sustentar a falta de ações educativas ou punitivas é o fato de que muitos educadores também são ameaçados, perseguidos e humilhados por tais alunos. São profissionais que também podem sofrer *bullying* em seu ambiente de trabalho, sem saber o que fazer ou a quem recorrer, por medo de represálias dos agressores (MARCOLINO et al., 2018).

Ademais, foi encontrada correlação positiva significativa fraca entre a vítima e o agressor e os traços de irritabilidade, insensibilidade e o total do ICU no nosso estudo. Essa evidência foi encontrada em uma pesquisa transversal que avaliou alunos de escolas públicas. Os resultados indicaram a associação significativa entre o comportamento de *bullying* com determinados traços de temperamento, sobretudo, os envolvidos tanto como vítima e como agressor com maior irritabilidade, insensibilidade e o total de traços do ICU, em comparação com os não envolvidos e os exclusivamente vítimas ou agressores (SANTOS, 2019). Este achado também está de acordo com estudos sobre as características de vítimas-agressores como os que mais sofrem prejuízos, uma vez que combinam atitudes agressivas com baixa autoestima (ARSENEAULT; BOWES; SHAKOOR, 2010) e, conseqüentemente, maior risco para o desenvolvimento de psicopatologias (RAGATZ et al., 2011). Ou seja, os envolvidos como vítima-agressor tendem a apresentar comportamentos impulsivos e reatividade emocional (LOPES NETO, 2005), além de maior chance para o desenvolvimento de déficit de atenção e hiperatividade, depressão, transtorno de conduta e dificuldade de aprendizagem (ALMEIDA, 2012).

Já a indiferença, na presente pesquisa, foi correlacionada significativamente com o agressor e não com o *bullying* vítima. De fato, os determinantes de comportamento violento ou

antissocial incluem características individuais, como temperamento e sexo, além da influência do contexto social, como famílias disfuncionais ou comunidades violentas (WHITE; FRICK, 2011). Isto é, traços marcantes de indiferença constituem um padrão de conduta mais grave, como a falta de empatia, a ausência de sentimento de culpa, o narcisismo, a manipulação e a impulsividade (ROOSE et al., 2010). Os adolescentes com tais características tendem a desenvolver agressividade mais intensa, o que pode conduzir ao comportamento de *bullying* escolar. Estudos apontam que indivíduos com baixo autocontrole têm mais chance de procurar a satisfação imediata e pela indiferença, os jovens estão propensos à violência premeditada e, também, à prática de *bullying* (FANTI; KIMONIS, 2012).

O problema de saúde mental que apresentou correlação positiva significativa foi no domínio conduta, tanto para vítima como para agressor, segundo achado da presente pesquisa. Foi encontrado também que a mudança no comportamento de *bullying* tem relação com a mudança dos traços de temperamento e no domínio conduta. Neste estudo longitudinal sobre os preditores de *bullying* em adolescentes foi perceptível o impacto entre a ocorrência de *bullying* após três anos de seguimento. Uma pesquisa sustenta seu achado em relação aos problemas de conduta que aumentam à medida que há uma elevação no comportamento de *bullying*. Considera-se que o agressor é tipicamente popular; tende a envolver-se em uma variedade de comportamentos antissociais; pode mostrar-se agressivo, inclusive, com os adultos; é impulsivo; percebe sua agressividade como qualidade; tem opiniões positivas sobre si mesmo; é, geralmente, mais forte que seu alvo; sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar danos e sofrimentos aos outros. Além disso, pode existir um componente benéfico em sua conduta, como ganhos sociais e materiais (BOTTAN, 2018).

Os autores de *bullying* são menos satisfeitos com a escola e a família, mais propensos ao absenteísmo e à evasão escolar e têm uma tendência maior para apresentarem comportamentos de risco (consumir tabaco, álcool ou outras drogas, portar armas, brigar). As possibilidades são maiores em crianças ou adolescentes que adotam atitudes antissociais antes da puberdade e por longo tempo. Podem manter um pequeno grupo em torno de si, que atua como auxiliar em suas agressões ou é indicado para agredir o alvo. Dessa forma, o autor dilui a responsabilidade por todos ou a transfere para os seus liderados. Esses alunos, identificados como assistentes ou seguidores, raramente tomam a iniciativa da agressão, são inseguros ou ansiosos e se subordinam à liderança do autor, seja para se proteger, seja pelo prazer de pertencer ao grupo dominante. Destacam-se também as vítimas provocativas, àquelas que detêm um domínio de poder sobre os demais, apresentando problemas de conduta, tais como: envolvimento com drogas ilícitas, furtos e criminalidade, além de serem irritáveis crônicas.

Portanto, alvos e autores enfrentam consequências físicas e emocionais de curto e longo prazo, as quais podem causar dificuldades acadêmicas, sociais, emocionais e problemas de conduta graves. Evidentemente, as crianças e adolescentes não são acometidas de maneira uniforme, mas existe uma relação direta com a frequência, a duração e a gravidade dos atos de *bullying* (LOPES NETO, 2005).

Outro achado da presente pesquisa foi que a repetência escolar aumenta o risco para o comportamento como vítima-agressor em 54%. Logo, este resultado está de acordo com achados de um estudo quantitativo, de caráter descritivo, em alunos dos 6º ao 9º ano de uma escola de ensino fundamental, localizada em Alagoas, Brasil, com um total de 341 alunos. Nas variáveis escolares, foi encontrado que 64,1% dos alunos tiveram problemas disciplinares e que 10,9% já foram suspensos alguma vez das atividades escolares. Cerca de um terço dos alunos já haviam sido reprovados. Estas taxas de reprovação são consideradas elevadas e este fato pode levar a comportamentos desviantes, pois, quanto mais reprovações uma criança ou adolescente tiver, maior probabilidade de se ter comportamento agressivo e de se envolver nas práticas de *bullying* como vítimas-agressores. Estes, estão entre os que mais sofrem consequências tanto no âmbito emocional quanto na aprendizagem (SILVA et al., 2017).

Na mesma direção, o estudo presente apontou que uma maior mudança na irritabilidade e na insensibilidade aumenta o risco em 6% e 3%, respectivamente, para cada ponto a mais nas escalas que avaliaram os traços de temperamento. Também evidenciou que em relação ao temperamento irritável, os escores do ARI-C foram significativamente maiores, independente do sexo, em adolescentes categorizados como vítima-agressores. Estes apresentaram maior irritabilidade quando comparados aos não envolvidos e aos exclusivos como agressores, conforme os achados do presente estudo. De acordo com pesquisas prévias, a irritabilidade envolve sentimentos de raiva e de explosões comportamentais, podendo ocorrer na ausência do comportamento agressivo (DESOUSA et al., 2013). Neste caso, as manifestações comportamentais de irritabilidade parecem mais como uma reação defensiva a um estímulo percebido como ameaçador, mas também pode ser uma dificuldade na regulação emocional frente a sintomas de ansiedade ou de depressão que são mais prevalentes no sexo feminino (GOUVEIA; LEAL; CARDOSO, 2017). Ademais, traços marcantes de insensibilidade constituem um padrão de conduta mais grave, como a falta de empatia, a ausência de sentimento de culpa, o narcisismo, a manipulação e a impulsividade (ROOSE et al., 2010). Ou seja, os adolescentes com tais características tendem a desenvolver agressividade mais intensa, o que pode conduzir ao comportamento de *bullying* escolar. Estudos apontam que indivíduos com baixo autocontrole têm mais chance de procurar a satisfação imediata. Pela insensibilidade,

vítimas-agressores estão propensos à violência premeditada e, também, à prática de *bullying* (FANTI; KIMONIS, 2012).

Por fim, um último achado da nossa pesquisa evidenciou que cada ponto a menos do domínio emocional diminui em 9% o risco para o envolvimento como vítima- agressor. Uma explicação para essa evidência está no fato de que a reatividade emocional está diretamente associada à prática de *bullying* como vítima-agressor. Assim, as reações no que tangem a emoção quando menos intensas podem ser protetivas, facilitando o autocontrole e menor possibilidade de envolvimento com *bullying*.

O presente estudo apresenta limitações, como a perda amostral no seguimento em relação à inicial. A justificativa para o fato deveu-se, em parte, a não avaliação de alunos que saíram da escola por evasão ou mudança de domicílio relacionada à proximidade da escola. No entanto, o delineamento longitudinal, adotado na pesquisa, permite averiguar as mudanças ocorridas no comportamento dos adolescentes e detectar mudanças nas variáveis em estudo, relacionadas à prática de *bullying* ao longo do tempo.

7 CONCLUSÕES

A hipótese dessa pesquisa de que determinadas características demográficas, de desempenho escolar, de temperamento e saúde mental influenciaram o comportamento de *bullying* em adolescentes escolares ao longo do tempo foi confirmada.

Os achados do presente estudo evidenciaram que a mudança no comportamento de *bullying*, sobretudo, para o envolvimento como vítima-agressor tem relação com o desempenho escolar, com determinados traços de temperamento e com problemas do domínio de conduta entre adolescentes ao longo de três anos de pesquisa.

Prevaleceu um aumento dos escores para o *bullying* agressor, enquanto houve uma diminuição para o escore de vítimas, fato explicado por essas passarem da condição de vítimas a vítimas- agressores do comportamento de *bullying*, o que aponta para um pior ajustamento social desses indivíduos.

A relação entre *bullying* e traços de temperamento irritável, principalmente, em adolescentes vítimas-agressores, que tanto sofrem quanto praticam o *bullying*, impacta negativamente no desenvolvimento em curto e longo prazo dos jovens e no ambiente escolar.

O *bullying* configura-se como problema de saúde coletiva, complexo, multidimensional e relacional entre pares que requer investimentos científicos e políticos para a ampliação de intervenções sobre a questão.

No entanto, para identificar preditores da prática de *bullying* em adolescentes, objetivo do presente estudo, é importante que exista integração entre as áreas da saúde e da educação para auxiliar a comunidade escolar e sensibilizar os alunos e os seus responsáveis quanto aos problemas de saúde que o comportamento acarreta.

Contudo, cabe salientar que os estudos cujo objetivo seja o de avaliar preditores de *bullying* em adolescentes, com delineamento longitudinal, ainda são escassos no âmbito internacional e nacional. Há também uma carência de estudos recentes que retratem a prática de *bullying* associada aos problemas de saúde mental em adolescentes brasileiros.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, P.P.; WILLIAMS, L.C.; D’AFFONSECA, S.M. Efeitos tardios do *Bullying* e Transtorno de Estresse Pós-traumático: uma revisão crítica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.29, n.1, p 91-98, 2013.
- ALMEIDA, A.A. **Bullying escolar e criminalidade adulta**: um estudo com egressos do sistema prisional de Juiz de Fora/ MG. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artem, 2014. 948 p.
- ANDO, M.; ASAKURA, T.; SIMONS-MORTON, B. Psychosocial influences on physical, verbal, and indirect bullying among Japanese early adolescents. **Journal of Early Adolescence**, v.25, n.3, p.268-297, 2005.
- ARSENEAULT, L.; BOWES, L. SHAKOOR, S. Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘much ado about nothing’? **Psychological Medicine**, v.40, p.717-729, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA (ABRAPIA). “**Diga Não ao Bullying**”. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2003.
- BANNINK, R. et al. Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. **PLOS ONE**, v.9, n.4, p.1-7, 2014.
- BARBOSA, D.; SOARES, M.S.; PEREIRA, J.M. Características associadas a vítimas de bullying nas escolas brasileiras. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.15, n.2, p.791-799, 2017.
- BELFER, M.L. Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.49, n.3, p.226-236, 2008.
- BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. **Revista Psico PUC-RS**, v.42, n.3, p.354-361, 2011.
- BORDIGNON, N.A. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. **Revista LaSalista de Investigacion**, v.2, n.2, p.50-63, 2005. Disponível em: http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/384/1/p50-63_ARTICULO%20ERICK%20ERICKSON.pdf. Acesso em 10 de out de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente**: competências e habilidades. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF, 2009. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf. Acessado em: 30 de outubro de 2016.

BRASIL. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Ministério da Justiça (BR), Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Diário Oficial Da União. República Federativa do Brasil. **Lei N°13.185**, de 06 de novembro de 2015. Brasília, DF. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=30/10/2016>. Acessado em: 30 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2017). **Suicídio**. Saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, v.48, n.30, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>. Acessado em: 16 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. 2. ed. Brasília: 2018. 233p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica_2ed.pdf. Acesso em: 01 de out de 2019.

BOTTAN, G. **Avaliação de resultados de intervenção breve antibullying para adolescentes em escolas públicas**. 2018. 89f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

BURK, L. et al. Stability of early identified aggressive victim status in elementary school and associations with later mental health problems and functional impairments. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.39, n.2, p.225-238, 2011.

CABALLO, V.E. et al. Desarrollo y validación de una nueva medida de autoinforme para evaluar el acoso escolar (bullying). **Psicología Conductual**, v.20, n.3, p.625-647, 2012.

CALBO, A.S. et al. Bullying na escola: comportamento agressivo, vitimização e conduta pró-social entre pares. **Contextos Clínicos**, v.2, n.2, 2009.

CATINI, N. **Problematizando o “bullying” para a realidade brasileira**. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, 2004.

CEREZO, F.; ATO, M. Social status, gender, classroom climate and bullying among adolescents pupils. **Anales de Psicología**, v.26, p.137-144, 2010.

COLE, P.M.; HALL, S.E. Emotion dysregulation as a risk factor for psychopathology. In: BEAUCHAINE, T.P.; HINSHAW, S.P. Editors. **Child and Adolescent Psychopathology**, HOBOKEN, N.J.: Wiley & Sons, 2008. p.265–298.

COLMAN, I. et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. **British Medical Journal**, v.338, n.2981, p.1-8, 2009.

CRAPANZANO, A.M.; FRICK, P.J.; TERRANOVA, A.M. Patterns of physical and relational aggression in a school-based sample of boys and girls. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.38, n.4, p.433-445, 2010.

CURRIE, C. et al. **Inequalities in young people's health**. HBSG international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: World Health Organization, 2008.

D'ABREU, L.C.F.; MARTURANO, E.M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia**, v.15, n.1, p.43-51, 2010.

DESOUSA, D.A. et al. Cross-cultural adaptation and preliminary psychometric properties of the Affective Reactivity Index in Brazilian Youth: implications for DSM-5 measured irritability. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, Porto Alegre, v.35, n.3, p.171-180, 2013.

DONNON, T.; HAMMOND, W. Understanding the relationship between resiliency and bullying in adolescence: an assessment of youth resiliency from five urban high schools. *Child and Adolescence* **Psychiatric Clinics of North America**, v.16, p.449-471, 2007.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critério. **Adolescência & Saúde**, v.2, n.2, 2005.

EIZIRIK, C.L.; BASSOLS, A.M.S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2. Ed. Porto Alegre: art med, 2013.

ELGAR, F.J. et al. Cyberbullying victimization and mental health in adolescents and the moderating role of family dinners. **Journal of Pediatrics**, v.168, n.11, p.1015-1022, 2014.

ELGAR, F.J.; et al. Structural Determinants of Youth Bullying and Fighting in 79 Countries. **Journal of Adolescent Health**, v.57, n.6, p.643-650, 2015.

FANTI, K.A.; KIMONIS, E.R. Bullying and Victimization: The Role of Conduct Problems and Psychopathic Traits. **Journal of Research on Adolescence**, v.22, n.4, p.617-631, 2012.

FISCHER, R.M. et al. **Bullying escolar no Brasil: relatório final**. São Paulo: Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor, 2010. Disponível em: <https://www.ucb.br/sites/100/127/documentos/biblioteca1.pdf>. Acessado em: 22 de outubro de 2016.

FLEITLICH, B.; CORTÁZAR, P.G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Revista Infante de Neuropsiquiatria da Infância e da Adolescência**, São Paulo, v.8, n.1, p.44-50, 2000.

FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.1, p.2, 2011.

FRANCISCO, M.V.; LIBÓRIO, R.M.C. Um Estudo sobre Bullying entre Escolares do Ensino Fundamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.2, p.200-207, 2009.

FRICK, P.J. et al. Callous-unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.33, n.4, p.471-487, 2005.

FRICK, P.J.; WHITE, S.F. Research Review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.49, n.4, p.359-375, 2008.

FRIDH, M.; LINDSTRÖM, M.; ROSVALL, M. Subjective health complaints in adolescent victims of cyber harassment: moderation through support from parents/friends — a Swedish population-based study. **BMC Public Health**, v.15, n.949, p.1-11, 2015.

FUNG, A.L.C. Intervention for aggressive victims of school bullying in Hong Kong: a longitudinal mixed-methods study. **Scandinavian Journal of Psychology**, v.53, n.4, p.360-367, 2012.

GAMA, C.A.P.; CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.17, n.1, p.69-84, 2014.

GARAIGORDOBIL, M. Ciberbullying en adolescentes y jóvenes del País Vasco: Cambios con la edad / Cyberbullying in adolescents and youth in the Basque Country: Changes with age. **Anales de Psicología**, v.31, n.3, p.1069-1076, 2015.

GARANDEAU, C.F.; LEE, I.A.; SALMIVALLI, C. Differential effects of the KiVa anti-bullying program on popular and unpopular bullies. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v.35, n.1, p.44-50, 2014.

GÁZQUEZ LINARES, J.J. et al. Teachers' perception of school violence in a sample from three European countries. **European Journal Psychology and Education**, v.24, n.1, p.49-59, 2009.

GEQUELIN, J.; CARVALHO, M.C.N. Escola e comportamento antissocial. **Ciências & Cognição**, v.11, p.132-142, 2007.

GINI, G.; POZZOLI, T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. **Pediatrics**, v.123, n.3, p.1059-1065, 2009.

GONÇALVES, F.G.; et al. Construct validity and reliability of the Brazilian version of the Olweus Bully/Victim Questionnaire. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.29, n.1, p.1-8, 2016.

GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V. The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.7, n.3, p.125-130, 1998.

GOUVEIA, P.; LEAL, I.; CARDOSO, J. Bullying e agressão: Estudo dos preditores no contexto de programa de intervenção da violência escolar. **Psicologia**, v.31, n.2, p. 69-87, 2017.

GOWER, A.L.; BOROWSKY, I.W. Associations between frequency of bullying involvement and adjustment in adolescence. **Academic Pediatrics**, v.13, n.3, p.214-221, 2013.

HEIDEMANN, M. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação**. Petrópolis: Vozes, 2006.

HERNANDEZ, D.; FLODEN, L.; BOSWORTH, K. How safe is a school? An exploratory study comparing measures and perceptions of safety. **Journal of Schools Violence**, v.9, n.4, p.357-74, 2010.

HINDUJA, S.; PATCHIN, J.V. Bullying, Cyberbullying and Suicide. **Archives of Suicide Research**, v.14, n.3, p.206-221, 2010.

HULLEY, S.B. et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ISOLAN, L. Bullying escolar na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.16 n.1, p.68-84, 2014.

JORONEN, K.; HÄKÄMIES, A.; ASTEDT-KURKI, P. Children's experiences of a drama programme in social and emotional learning. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.25, n.4, p.671-678, 2011.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives General Psychiatry**, v.69, n.4, p.372-380, 2012.

KIMONIS, E.R. et al. Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. **International Journal of Law and Psychiatry**, v.31, n.3, p.241-252, 2008.

KNOUS-WESTFALL, H.M. et al. Parental intimate partner violence, parenting practices, and adolescent peer bullying: a prospective study. **Journal of Child and Family Studies**, v.21, n.5, p.754-766, 2012.

KOWALSKI, R.M.; LIMBER, S.P. Electronic bullying among middle school students. **Journal of Adolescent Health**, v.41, n.6, p.S22-S30, 2007.

LAMB, J.; PEPLER, D.; CRAIG, W. Approach to bullying and victimization. **Canadian Family Physician**, v.55, n.4, p.356-360, 2009.

LENHARD, W; LENHARD. A. **Psychometrica**. Computation of effect size. 2016. Disponível em: https://www.psychometrica.de/effect_size.html. Acessado em: 27 de junho de 2019.

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

LOPES NETO, A.A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.5, p.164-72, 2005.

MALTA, D.C. et al. Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, (Supl.2), p.3065-3076, 2010.

MALTA, D.C. et al. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.17, n.1, p.92-105, 2014.

MARCOLINO, E.C. et al. Bullying: prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar. **Texto & Contexto em Enfermagem**, v.27, n.1, p.1-10, 2018.

MARSH, E.J.; GRAHAM S.A. Classificação e treatment de psychopathologic infantil. In: CABALLO, V.E.; SIMON, M.A. Orgs. **Manual de psicologia clínica infantil e do adolescente: transtornos geris**. São Paulo: Gliraria Santos, 2005. p.29-59.

MARTINS, M. J. D. Agressão e vitimização entre adolescentes em contexto escolar: um estudo empírico. **Análise Psicológica**, v.4, n.23, p.401-425, 2005.

MARTURANO, E.M.; TOLLER, G.P.; ELIAS, L.C.S. Gênero, adversidade e problemas sócio-emocionais associados à queixa escolar. **Estudos de Psicologia**, v.22, n.4, p. 371-80, 2005.

McADAMS, D.P.; OLSO, B.D. Personality Development: continuity and change over the life course. **Annual Review of Psychology**, v.61, n.1, p.517-542, 2010.

MENDES, C.S. Preventing school violence: an evaluation of an intervention program. **Revisal da Escola de Enfermagem - USP**, v.45, n.3, p.581-588, 2011.

MOURA, D.R.; CRUZ, A.C.N; QUEVEDO, L.A. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **Jornal de Pediatria**, v.87, n.1, p.19-23, 2011.

MUNOZ, L.; QUALTER, P.; PADGETT, G. Empathy and Bullying: Exploring the Influence of Callous-Unemotional Traits. **Child Psychiatry & Human Development**, v.42, n.2, p.183-196, 2011.

NANSEL, T.R. et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. **JAMA Psychiatry**, v.285, n.16, p.2094-2100, 2001.

LOPES NETO, A. A. Bullying e comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.5, 2005.

OLIVEROS, M. et al. Cyberbullying – nueva tecnología electrónica al servicio del acoso escolar en alumnos de dos distritos de Lima, Perú. **Anales de la Facultad de Medicina**, v.73, n.1, p.13-8, 2012.

OLWEUS, D. A useful evaluation design, and effects of the Olweus Bullying Prevention Program. **Psychology Crime and Law**, v.11, n.4, p.389-402, 2005.

OLWEUS, D. Bullying at school and later criminality: findings from three Swedish community samples of males. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v.21, n.2, p.151-156, 2011.

OLWEUS, D. School bullying: development and some important challenges. **Annual Review of Clinical Psychology**, v.9, n.1, p.751-780, 2013.

ORPINAS, P.; HORNE, A.M. Bullies and victims: a challenge for schools. In: LUTZKER, J.R. Preventing violence: research and evidence-based intervention strategies. **American Psychological Association**, 2006. pp.147-165.

PAPALIA, D.E.; FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano**. 12^aed. Porto alegre: AMGH, 2013.

PEREIRA, B.; SILVA, M.I.; NUNES, B. Describe the bullying at school: study of a group of schools in the interior of Portugal. **Revista Diálogo Educacional**, v.9, n.28, p.45-466, 2009.

PERGOLIZZI, F. et al. Bullying in middle school: results from a 2008 survey. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v.23, n.1, p.11-18, 2011.

PERREN, S. et al. Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. **Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health**, v.4, n.28, p.1-10, 2010.

PERRON, T. Peer victimization: strategies to decrease bullying in schools. **British Journal of School Nursing**, v.8, n.1, p.25-29, 2013.

PICADO, J.R.; ROSE, T.M.S. Acompanhamento de pré-escolares agressivos: adaptação na escola e relação professor-aluno. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.29, n.1, p.132-145, 2009.

PIROLA, S.M.F. O problema da “indisciplina dos alunos”: um olhar para as práticas pedagógicas cotidianas na perspectiva de formação continuada de professores. **Olhar de professor**, v.10, n.2, p.81-99, 2007.

PRICE, M.; DALGLEISH, J. Cyberbullying: Experiences, impacts and coping strategies as described by Australian young people. **Youth Studies Australia**, v.29, n.2, p.51-59, 2010.

RAGATZ, L.L. et al. Criminal thinking patterns, aggression styles, and the psychopathic traits of late high school bullies and bully-victims. **Aggressive Behaviour**, v.37, n.2, p.145-160, 2011.

RECH, R.R. et al. Prevalência e características de vítimas e agressores de *bullying*. **Jornal Pediatria**, v.89, n.2, p.164-170, 2013.

RIBEIRO, et al. Resiliência no trabalho contemporâneo: promoção e/ou desgaste da saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v.16, n.4, p.623-633, 2011.

RIGATTI, R. **Adaptação transcultural e evidências de validação psicométricas do Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) para avaliação de traços de insensibilidade e afetividade restrita de adolescentes no Brasil.** 2016. 77 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

ROEHRS, H.; MAFTUM, M.A; ZAGONEL, I.P.S. Adolescência na percepção de professores do ensino fundamental. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v.44, n.2, p.421-428, 2010.

ROMANÍ, F.; GUTIÉRREZ, C.; LAMA, M. Autorreporte de agressividades escolar y factores asociados en escolares peruanos de educación secundaria. **Revista Peruana de Epidemiologia**, v.15, n.2, p.1-8, 2011.

ROOSE, A. et al. Assessing the Affective Features of Psychopathy in Adolescence: A Further Validation of the Inventory of Callous and Unemotional Traits. **Psychological Assessment**, v.17, n.1, p.44-57, 2010.

SALUM, G.A.; et al. Effects of childhood development on late-life mental disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, v.23, n.6, p.498–503, 2010.

SANTOS, L. P. R. **O papel do professor diante do bullying na sala de aula.** Monografia, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2007.

SANTOS, P.F. **Comportamento de bullying e traços de temperamento em adolescentes.** Trabalho de conclusão do curso de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2019.

SCHOLTE, R.H.J. et al. Stability in bullying and victimization and its association with social adjustment in childhood and adolescence. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.37, n.3, p.217-228, 2007.

SHANNON, K.E. et al. Familial and temperamental predictors of resilience in children at risk for conduct disorder and depression. **Development and Psychopathology**, v.19, n.3, p.701-727, 2007.

SILBERG, J.; KENDLER, K.S. Causal and Noncausal Processes Underlying Being Bullied. **JAMA Psychiatry**, v.74, n.11, p.1091-1092, 2017.

SILVA, A. et al. Vítimas e agressores – manifestações de bullying em alunos do 6º ao 9º ano de escolaridade. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v.Spe.5, p.57-62, 2017.

SINGHAM, T. et al. Concurrent and Longitudinal Contribution of Exposure to Bullying in Childhood to Mental Health: The Role of Vulnerability and Resilience. **JAMA Psychiatry**, v.74, n.11, p.1112-1119, 2017.

SMETANA, J.G.; CAMPIONE-BARR, N.; METZGER, A. Adolescent development in interpersonal and societal contexts. **Annual Review of Psychology**, v.57, n.1, p.255-284, 2006.

SOTIRAS, A.; et al. Patterns of coordinated cortical remodeling during adolescence and their associations with functional specialization and evolutionary expansion. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v.114, n.13, p.3527–3532, 2017.

SOURANDER, A. et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. **Journal of Pediatrics**, v.120, n.2, p.397-404, 2007.

SOURANDER, A. et al. Psychosocial Risk Factors Associated With Cyberbullying Among Adolescents: A Population-Based Study. **Archives of General Psychiatry**, v.67, n.7, p.720-728, 2010.

SOURANDER, A. et al. Association of Bullying Behavior at 8 Years of Age and Use of Specialized Services for Psychiatric Disorders by 29 Years of Age. **JAMA Psychiatry**, v.73, n.2, p.159-165, 2016.

SPRIGGS, M.A. et al. Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: commonalities and differences across race/ethnicity. **Journal of Adolescent Health**, 41, n.4, p.283-293, 2007.

STRINGARIS, A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v.20, n.2, p.61-6, 2011.

STRINGARIS, A. et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.53, n.11, p.1109-1117, 2012.

SWEARER, S. et al. A socioecological model for bullying prevention and intervention in early adolescence: An exploratory examination. In S. R. Jimerson & M. J. Furlong (Eds.), **Handbook of school violence and school safety: From research to practice** (pp.257-273). Mahwah: Erlbaum, 2006.

TANAKA, O.Y.; RIBEIRO, E.L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.2, p.477-486, 2009.

TOGNETTA, L. R. P. **Violência na escola: os sinais de bullying e o olhar necessário aos sentimentos**. Porto Alegre: Editora Zouk, 2005.

TORO, G.V.R.; NEVES, A.S.; REZENDE, P.C.M.R. Bullying, o exercício da violência no contexto escolar: reflexões sobre um sintoma social. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.12, n.1, p.123-137, 2010.

TTOFI, M.M. et al. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v.21, n.2, p.80-89, 2011.

VAUGHN, M.G. et al. Psychiatric correlates of bullying in the United States: findings from a national sample. **Psychiatric Quarterly**, v.81, n.3, p.183-195, 2010.

VIDING, E. et al. The contribution of callous-unemotional traits and conduct problems to bullying in early adolescence. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v.50, n.4, p.471-481, 2009.

VLACHOU, M. et al. Bully/victim problems among preschool children: a review of current research evidence. **Educational Psychology Review**, v.23, n.3, p.329-358, 2011.

VOLK, A.A. et al. Is Adolescent Bullying an Evolutionary Adaptation? **Aggressive Behavior**, v.38, n.3, p.223-238, 2012.

VREEMAN, R.C.; CARROLL, A.E. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v.161, n.1, p.78-88, 2007.

WAASDORP, T.E.; BRADSHAW, C.P. The overlap between cyberbullying and traditional bullying. **Journal of Adolescent Health**, v.56, n.5, p.483-488, 2015.

WANG, P.W. et al. Associations between callous-unemotional traits and various types of involvement in school bullying among adolescents in Taiwan. **Journal of the Formosan Medical Association**, v.118, n.1, p.50-56, 2019.

WEBSTER-STRATTON, C.; REID, M.J.; STOOLMILLER, M. Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the incredible years teacher and child training programs in high-risk schools. **Journal of Child Psychological Psychiatry**, v.49, n.5, p.471-488, 2008.

WEISS, J.W. et al. Longitudinal effects of hostility, depression, and bullying on adolescent smoking initiation. **Journal of Adolescent Health**, v.48, n.6, p.591-596, 2011.

WHITE, S.F.; FRICK, P.J. **Callous-Unemotional Traits**. Encyclopedia of Adolescence. Springer Science+Business Media. p.369-375, 2011. Disponível em: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4419-1695-2_630.pdf. Acesso em: 01 de out de 2019.

ZOEGA, M.T.S.; ROSIM, M.A. Violência nas Escolas: o Bullying como forma velada de violência. **UNAR**, Araras, v.3, n.1, p.13-19, 2009.

ZWIERZYNSKA, K.; WOLKE, D.; LEREYA, T. S. Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: a prospective longitudinal study. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v.41, n.2, p.309-323, 2013

APÊNDICE A - Protocolo de coleta

ATENÇÃO: ANTES DE INICIAR COM OS ALUNOS, SEMPRE DEIXE SEU CELULAR NO SILENCIOSO OU DESLIGUE-O

IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO – para preenchimento dos AVALIADORES	
A_01	N° de Protocolo: <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text" value="A"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 80px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <div style="text-align: center;">Escola</div> <div style="text-align: center;">Respondente A=aluno P=professor</div> <div style="text-align: center;">Ano exemplo: B1, C1...</div> <div style="text-align: center;">Turma</div> <div style="text-align: center;">Turno M=manhã T=tarde</div> <div style="text-align: center;">Número do aluno</div> </div>
Nomes dos integrantes do grupo de pesquisa que estavam presentes no momento da aplicação	
A_02	Data da aplicação: _____ / _____ / _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small;"> _____ Dia _____ Mês _____ Ano </div>
Relato de ocorrências: _____ _____	
TERMO DE ASSENTIMENTO	
<p>A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) por meio de seus pesquisadores pretende dar continuidade à pesquisa realizada em 2014 na sua escola. O presente estudo intitulado “Preditores de bullying escolar em adolescentes” tem como objetivo verificar os problemas da de bullying na escola e as situações associadas a este comportamento entre os alunos três após a primeira avaliação.</p> <p>Relembrando que a prática de bullying é quando um aluno ofende, agride ou humilha um colega de forma repetida e frequente. Essa agressão pode ser física ou verbal, ou pode ainda ser através de exclusão, ou seja, quando os colegas fazem com que o aluno se sinta inferior e indesejado. Como consequência do bullying, muitos alunos desistem de ir à escola, sem que os pais, muitas vezes, entendam o porquê. Além disso, vários problemas estão relacionados àqueles que praticam e àqueles que sofrem bullying, como tristeza, ansiedade e envolvimento em situações de mais violência.</p> <p>Para sabermos se o objetivo do estudo foi alcançado, convidamos você para responder a questionários de avaliação antes e depois da implementação das ações. O preenchimento levará em torno de 30 minutos e será preenchido na sala de aula.</p> <p>As informações dos questionários são confidenciais e asseguramos que o seu nome não será revelado. O risco de participar deste estudo é mínimo e poderá estar relacionado com o desconforto em responder as perguntas.</p> <p>Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e pelo CEP da UFRGS. O CEP é o órgão institucional que tem por função avaliar projetos de pesquisa que envolva a participação de seres humanos com objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Seus direitos sobre a participação na pesquisa poderão ser obtidos pelo telefone 32895517.</p> <p>Os participantes têm liberdade de se retirar a qualquer momento do projeto o que não acarretará prejuízo nas atividades escolares. Se houver alguma dúvida, você pode entrar em contato com uma das responsáveis pelo projeto ou com a direção da escola, que está ciente do mesmo.</p> <p>Caso você aceite participar do projeto, gostaríamos que assinasse abaixo.</p> <p>Desde já, agradecemos a sua colaboração.</p>	
_____ Assinatura	

IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO	
A_03	Seu nome completo: _____
A_04	Se você tiver email, escreva aqui _____
A_05	Escreva aqui os telefones que podemos utilizar para entrar em contato com você: Tel: _____ . A quem este telefone
A_06	pertence?: _____ Tel: _____ . A quem este telefone
A_07	pertence?: _____ Seu sexo (<i>Marque um X</i>): 0. <input type="checkbox"/> Masculino 1. <input type="checkbox"/> Feminino
A_08	Sua idade: _____ anos
A_09	Sua data de nascimento: _____/_____/_____ Dia Mês Ano
A_10	Marque um X na resposta que melhor descreve sua cor ou etnia: 1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Parda 4. <input type="checkbox"/> Indígena 5. <input type="checkbox"/> Asiática
A_11	Quantos dias você NÃO veio à escola no último mês ? 1. <input type="checkbox"/> Vim todos os dias 2. <input type="checkbox"/> 1 a 3 dias 3. <input type="checkbox"/> Mais de 3 dias
A_12	O quanto você normalmente estuda para uma prova? 1. <input type="checkbox"/> Nunca ou raramente estudo 2. <input type="checkbox"/> Às vezes estudo 3. <input type="checkbox"/> Estudo um pouco (em geral no dia anterior) 4. <input type="checkbox"/> Estudo bastante (em geral alguns dias antes da prova) 5. <input type="checkbox"/> Estudo quase todos os dias
A_13	Você já repetiu de ano? (<i>Marque um X</i>):
A_14	1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não Se sim, quantas vezes? _____
A_15	Como você costuma ir nas provas e nos trabalhos de aula? 1. <input type="checkbox"/> Sempre vou mal 2. <input type="checkbox"/> Às vezes eu vou mal 3. <input type="checkbox"/> Geralmente fico na média 4. <input type="checkbox"/> Costumo ir bem 5. <input type="checkbox"/> Sempre vou muito bem
A_16	Quantos “bons amigos” você tem nesta escola? (<i>Escreva o número. Pode ser um número aproximado</i>): Eu tenho _____ bom (bons) amigo(s) nesta escola.
A_17	Há quanto tempo você estuda nesta escola? (<i>Escreva o número</i>): Eu estudo nesta escola há _____ ano(s).
A_18	Em quantas escolas você já estudou desde o 1º ano? (<i>Escreva o número</i>): Incluindo esta, eu já estudei em _____ escola(s).
A_19	Você já foi suspenso ou expulso desta escola ou de outra escola onde estudou? 1. <input type="checkbox"/> Sim 2. <input type="checkbox"/> Não
A_20	Com que adultos você mora? (<i>Você pode marcar mais de uma resposta</i>): <input type="checkbox"/> Mãe A_22 <input type="checkbox"/> Madrasta A_24 <input type="checkbox"/> Avô <input type="checkbox"/> Outros adultos
A_21	<input type="checkbox"/> Pai A_23 <input type="checkbox"/> Padrasto A_25 <input type="checkbox"/> Avó
A_26	Quantos irmãos e irmãs você tem? (<i>Escreva o número</i>): _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS Grupo de Estudos em Comportamento na Infância e Adolescência – GECIA

Termo de Consentimento

A prática de bullying ocorre quando um aluno ofende, agride ou humilha um colega de forma repetida e frequente, podendo durar semanas, meses ou até anos. Essa agressão pode ser física (através de socos, pontapés, empurrões, etc.); verbal (através de apelidos indesejáveis e xingamentos) ou psicológica (através de difamações e calúnias). Pode também ocorrer a exclusão, ou seja, quando os colegas fazem com que o aluno se sinta inferior e indesejado diante de um grupo. Como consequência do bullying, muitos alunos desistem de ir à escola, sem que os pais, muitas vezes, entendam o porquê. Além disso, vários problemas estão relacionados àqueles que praticam e àqueles que sofrem bullying, como: tristeza, ansiedade, depressão, baixo rendimento escolar e envolvimento em situações de violência.

Dessa forma, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio de seus pesquisadores, pretende dar continuidade à pesquisa realizada em 2014, na escola de seu filho(a). O presente estudo intitulado “Preditores de bullying escolar em adolescentes” tem como objetivo verificar os problemas de bullying na escola e as situações associadas a este comportamento entre os alunos três anos após a primeira avaliação.

Para atingirmos o objetivo do projeto, seu/sua filho(a) será convidado a responder os mesmos questionários de avaliação que foram aplicados em 2014. O preenchimento levará em torno de 30 minutos, sem prejuízo das atividades escolares, e será realizado nas dependências da escola sob supervisão de um integrante do grupo da pesquisa. Como benefício, as informações coletadas poderão auxiliar na compreensão do problema do bullying e, assim, contribuir na definição de futuras estratégias para prevenir a prática de bullying dentro da escola de seu/sua filho(a). O risco de participar deste estudo é mínimo e poderá estar relacionado com o desconforto em responder as perguntas.

Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. O CEP é o órgão institucional que tem por função avaliar projetos de pesquisa que envolva a participação de seres humanos com objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Seus direitos sobre a participação na pesquisa poderá ser obtido pelo telefone 32895517.

Eu _____ fui informado do objetivo acima descrito e da justificativa da pesquisa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar o consentimento de participação de meu filho(a) na pesquisa.

A pesquisadora _____ certificou-me de que as informações fornecidas terão caráter confidencial e, no caso de divulgação, serão utilizadas sem identificação e unicamente para fins de pesquisa.

Porto Alegre,de.....de

Nome do pai / mãe ou responsável: _____

Assinatura: _____

Contato das Pesquisadoras:

Prof^ª Dr^ª Elizeth Heldt e Enf^ª MS Roberta Rigatti:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem /UFRGS Fone: 3359-8018

e-mail: gecia2013@gmail.com

APÊNDICE C – Termo de autorização para coleta de dados da pesquisa nas escolas



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

**TERMO DE CIÊNCIA DO RESPONSÁVEL
PELO LOCAL ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA**

Eu _____, matrícula

_____, responsável pelo Serviço _____

conheço o Protocolo de Pesquisa intitulado

_____ tendo como Pesquisador Responsável _____

e declaro que a sua realização não irá interferir no fluxo normal deste Serviço.

Porto Alegre, ____/____/____.

Assinatura

Obs.: Este documento não autoriza o início da pesquisa, sendo apenas um requisito exigido pelo Comitê de Ética para análise do projeto de pesquisa. Sua finalidade é atestar que a pesquisa não interferirá negativamente no desenvolvimento do trabalho do serviço.

Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar - CEP 90010-040
Fones: 32.89.55.17
Porto Alegre

ANEXO A – Questionário de Bullying (QB) – versão agressor

Instruções: você vai encontrar abaixo uma lista de situações nas quais pode ter se envolvido na escola. Assinale com um X a resposta que melhor representa a frequência com que você se envolveu nessa situação no último mês.

		Nenhuma vez	Uma ou duas vezes por	Várias vezes por semana
1.	Dei socos, pontapés ou empurrões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Puxei o cabelo ou arranhei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Fiz ameaças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Obriguei a me entregar dinheiro ou coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Peguei sem consentimento dinheiro ou coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Estraguei coisas das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Xinguei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Insultei por causa da cor ou raça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Insultei por causa de alguma característica física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Humilhei por causa da orientação sexual ou trejeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Fiz zoações por causa do sotaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Dei risadas e aponte o dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Coloquei apelidos nos outros que eles não gostaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Encurrelei ou coloquei contra a parede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Persegui dentro ou fora da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Assediei sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Não deixei fazer parte do grupo de colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ignorei completamente, dei "gelo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Inventei que pegaram coisas dos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Disse coisas maldosas sobre ele(s) ou sobre sua(s) família(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Fiz ou tentei fazer com que os outros não gostassem dele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Forcei a agredir outro(a) colega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Usei da internet ou celular para agredir outro(s) colega(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B – Questionário de Bullying (QB) – versão vítima

Instruções: você vai encontrar abaixo uma lista de situações nas quais pode ter se envolvido na escola.

Assinale com um X a resposta que melhor representa a frequência com que você se envolveu nessa situação *no último mês*.

		Nenhuma vez	Uma ou duas vezes por	Várias vezes por semana
1.	Me deram socos, pontapés ou empurrões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Puxaram meu cabelo ou me arranharam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Me ameaçaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Fui obrigado(a) a entregar dinheiro ou minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Pegaram sem consentimento meu dinheiro ou minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Estragaram minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Me xingaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Me insultaram por causa da minha cor ou raça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Me insultaram por causa de alguma característica física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Fui humilhado(a) por causa da minha orientação sexual ou trejeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Fizeram zoações por causa do meu sotaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Deram risadas e apontaram para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Colocaram apelidos em mim que eu não gostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Fui encurralado(a) ou colocado(a) contra a parede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Fui perseguido(a) dentro ou fora da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Fui sexualmente assediado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Não me deixaram fazer parte de um grupo de colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Me ignoraram completamente, me deram "gelo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Inventaram que peguei coisas dos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Disseram coisas maldosas sobre mim ou sobre minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Fizeram ou tentaram fazer com que os outros não gostassem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Fui forçado(a) a agredir outro(a) colega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Usaram da internet ou celular para me agredir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C - ANEXO C – *Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU)* – 18 itens

Instruções: Leia cada afirmação e decida o quanto cada uma delas descreve você. Marque sua resposta circulando o número mais apropriado. Por favor, não deixe nenhuma afirmação sem resposta.

		Não é verdade	É um pouco verdade	É muito verdade	Definitivamente é verdade
1.	Eu mostro meus sentimentos abertamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	O que eu acho ser <i>certo e errado</i> é diferente do que outras pessoas acham.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Eu não me importo em machucar alguém para conseguir o que quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Eu não mostro minhas emoções para as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Eu não me importo de chegar atrasado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Eu não me importo de me meter em confusão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Eu não me importo em fazer as coisas bem-feitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Eu pareço indiferente e insensível com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	É fácil para os outros perceberem como eu estou me sentindo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Eu sempre tento fazer o melhor que eu posso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Eu peço desculpas (digo “eu sinto muito”) para pessoas que eu machuco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Eu tento não ferir os sentimentos dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Eu não me sinto culpado(a) quando faço alguma coisa errada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Eu demonstro meus sentimentos e sou muito emotivo(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Eu não gosto de perder tempo para fazer as coisas bem-feitas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Os sentimentos dos outros não são importantes para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Eu escondo os meus sentimentos dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Eu faço coisas para que os outros se sintam bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ICU (18 itens): Sintaxe, conforme os fatores:

Inverter a pontuação: 1, 2, 9, 10, 11, 12, 14, 18 (0=3) (1=2 (2=1) (3=0)

Fator geral: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18

Fator Insensibilidade: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 16

Fator Indiferença: 10, 11, 12, 18 (inverter a pontuação)

Fator Afetividade restrita: 1, 4, 9, 14, 17,

ANEXO D - Questionários de Capacidades e Dificuldades-criança (SDQ-C)

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: “falso”, “mais ou menos verdadeiro” ou “verdadeiro”. Ajudaria-nos se você respondesse a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou que a pergunta lhe pareça estranha. Dê sua resposta baseado em como as coisas têm sido nos últimos seis meses.

		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1.	Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjoo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado com tudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Em geral, os outros jovens gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Facilmente perco a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Sou legal com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Eu penso antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E - Índice de Reatividade Afetiva – criança (ARI-C)

Instruções: Para cada item, por favor, marque a opção para “Não é verdade”, “Um pouco verdade” ou “Certamente verdade”. Nos **últimos 6 meses**, em comparação com outras crianças da mesma idade que você, o quanto cada uma das seguintes frases descreve o seu comportamento e os seus sentimentos? Por favor, tente responder todas as questões.

		Não é verdade	Um pouco verdade	Certamente verdade
1.	Eu me incomodo facilmente com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Eu perco a calma frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Eu fico irritado por muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Eu estou irritado na maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Eu me irrito frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Eu perco a calma facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	De modo geral, minha <i>irritabilidade</i> me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO F - Carta de Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROGRAMA ANTIBULLYING NA ESCOLA: DESFECHOS APÓS DOIS ANOS DE INTERVENÇÕES PARA ADOLESCENTES

Pesquisador: Elizeth Paz da Silva Heldt

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 19651113.5.0000.5338

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.974.400

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios apresentados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende aos preceitos éticos e metodológicos e está apto para realização - PROJETO APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_795396_E2.pdf	20/02/2017 15:00:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda2.pdf	20/02/2017 14:55:28	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	20/02/2017 14:53:42	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	20/02/2017 14:44:26	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	10/01/2017 22:32:47	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito
Outros	Relatorio.pdf	10/01/2017 22:31:20	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito
Outros	termo.pdf	10/01/2017 22:09:14	Elizeth Paz da Silva Heldt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Março de 2017

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2458 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com