

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

GABRIELA BOTTAN

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE INTERVENÇÃO BREVE ANTIBULLYING
PARA ADOLESCENTES EM ESCOLAS PÚBLICAS**

Porto Alegre

2018

GABRIELA BOTTAN

**AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DE INTERVENÇÃO BREVE ANTIBULLYING
PARA ADOLESCENTES EM ESCOLAS PÚBLICAS**

Tese de Doutorado Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Área de
Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e
Enfermagem. Linha de Pesquisa: Saúde Mental e
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elizeth Heldt

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bottan, Gabriela

Avaliação de resultados de intervenção breve antibullying para adolescentes em escolas públicas / Gabriela Bottan. -- 2018.

89 f.

Orientador: Elizeth Heldt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Bullying. 2. Adolescentes. 3. Intervenção. 4. Saúde escolar. I. Heldt, Elizeth, orient. II. Título.

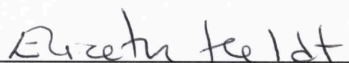
GABRIELA BOTTAN

Avaliação dos resultados de internação antibullying para adolescentes em escolas públicas

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.

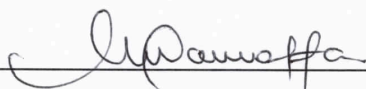
Aprovada em Porto Alegre, 08 de março de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Presidente – PPGENF/UFRGS



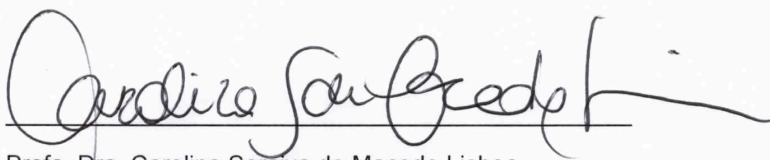
Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Silvia Helena Koller

Membro – PPGPSI/UFRGS



Profa. Dra. Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Membro – PUCRS

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade de realizar este sonho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Elizeth Heldt, pela dedicação incansável, pela paciência e pelo talento, sempre disposta em todas as etapas e compreensível em todos os momentos. Um grande exemplo de comprometimento e amor pelo que faz.

A todos os professores da Escola de Enfermagem pela transmissão de conhecimentos, pelo comprometimento e pelo incentivo.

A Luciano Santos Pinto Guimarães pela colaboração estatística a este estudo, pela paciência e pela dedicação.

Ao Grupo de Estudo do Comportamento na Infância e Adolescência (GECIA) e a todos os colegas que passaram por ele ao longo destes anos, pela parceria em todas as etapas desta pesquisa, superando momentos difíceis, sem desistir.

Aos membros da banca, cuja disponibilidade e orientação serão fundamentais para o aperfeiçoamento deste trabalho.

A todas as escolas, professores e alunos que permitiram que o estudo fosse realizado e que aceitaram dele participar.

Ao CNPq pelo auxílio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos amigos e colegas de trabalho pelo incentivo e pela compreensão.

À toda minha família, ao meu marido e aqueles me ajudaram de diversas formas, em especial ao meu filho, que desde antes de nascer já me acompanhava nesta caminhada, me dando mais forças para acreditar que tudo pode ser possível.

A Deus por mais esta conquista e pelas bênçãos que tive nesta caminhada.

RESUMO

BOTTAN, Gabriela. **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.

O comportamento agressivo e uma de suas apresentações, o bullying, têm-se mostrado um problema crescente nas escolas brasileiras, com cerca de um terço dos alunos envolvidos como agressor ou como vítima. A violência em geral, assim como no ambiente escolar, é multicausal e, exatamente por esse motivo, difícil de ser controlada. Intervenções que visem prevenir e diminuir a ocorrência de bullying no ambiente escolar ainda são escassas na realidade brasileira. Os objetivos do presente estudo foram os de avaliar os resultados de uma intervenção breve antibullying para adolescentes de escolas públicas e de verificar a associação entre os tipos de bullying com as características demográficas, de temperamento e de problemas de saúde mental dos alunos. Trata-se de um quase-experimento, realizado com alunos do 5º ao 9º ano de quatro escolas (duas intervenção e duas controles) da rede pública, de ambos os sexos e com idade entre 12 e 17 anos. A intervenção breve e aplicada em toda a escola (denominada na língua inglesa *whole-school intervention*) refere-se a uma abordagem educativa sobre bullying e de sensibilização para alunos e para professores. O desfecho bullying foi avaliado por meio do Questionário de Bullying (QB) versão vítima e versão agressor. Os instrumentos utilizados para verificar as características de temperamento e os problemas de saúde mental foram o *Affective Reactivity Index* – versão criança (ARI-C) e o Questionário de Capacidades de Dificuldades – versão criança (SDQ-C), respectivamente. Os instrumentos foram aplicados no horário de aula e com a autorização dos pais, no período anterior e posterior à intervenção. Nas escolas do grupo controle, os instrumentos também foram aplicados no mesmo intervalo de tempo do grupo intervenção. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e da Secretaria Municipal da Saúde (CAEE 19651113.5.3001.5347). Um total de 1.043 alunos foi incluído, sendo 526 (50,4%) meninas, com média de idade (desvio padrão) de 12,5 (DP=1,62) anos. Verificou-se que 146 (14%) estavam envolvidos com bullying como agressores, 163 (15,6%) como vítimas e 339 (32,5%) como vítimas-agressores. Observou-se associação significativa entre ser vítima (B=0,26) e agressor (B=0,28) com temperamento mais irritável. Também foi significativa a relação entre ser agressor com problemas de conduta (B=0,30) e ser vítima com problemas de relacionamento (B=0,52), conforme o SDQ-C. As escolas foram sorteadas, sendo alocados 613 (58,8%) alunos para o grupo intervenção e 430 (41,2%) para o controle. Não foi observada diferença significativa nos escores de bullying, considerando-se a interação tempo*intervenção. Tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle, manteve-se a associação significativa verificada entre vítimas e agressores com maior temperamento irritável, problemas de conduta e de relacionamento após a intervenção. Os resultados do presente estudo indicam que intervenções breves, com inclusão somente de alunos, podem ser úteis como estratégia educativa sobre o tema, porém não são efetivas para modificar o envolvimento com bullying na escola. Novas pesquisas com intervenções de longo prazo, que sejam focadas na população de envolvidos e que incluam pais e professores, ainda precisam ser testadas para modificar o comportamento relacionado ao bullying escolar.

Palavras-chave: Bullying. Adolescentes. Intervenção. Saúde escolar.

ABSTRACT

BOTTAN, Gabriela. **Assessment of the results of an anti-bullying brief intervention for public school adolescents.** 2018. 89f. Doctoral Thesis (Doctoral Program in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Aggressive behavior manifested in the form of bullying has become a pressing problem in Brazilian schools, with approximately one third of students involved as bullies or victims. Violence in general, including in the school environment, has multiple causes and, precisely because of that, is difficult to control. Interventions aimed at preventing and reducing school bullying are still scarce in Brazil. The present study aimed to assess the results of a brief anti-bullying intervention for public school adolescents and to investigate the association between types of bullying and demographic, temperamental, and mental health characteristics of students. This quasi-experiment included fifth - to ninth - grade students from four public schools (two intervention schools and two control schools), of both sexes, aged 12 to 17 years. The brief intervention applied throughout the school (called whole-school intervention) refers to an educational approach to raising awareness of bullying among students and teachers. Bullying was assessed using the Bully / Victim Questionnaire. The instruments used to assess temperamental and mental health characteristics were the Affective Reactivity Index – Brazilian child version (ARI-C) and the Strengths and Difficulties Questionnaire – Brazilian child version (SDQ-C), respectively. They were administered during classes and with parents' consent, before and after the intervention. At control schools, tests were administered using the same time interval. The study was approved by the Ethics Committees of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) and Porto Alegre Health Department (certificate no. 19651113.5.3001.5347). A total of 1,043 students were included, of whom 526 (50.4%) were females, and mean age was 12.5 (SD = 1.62) years. We found that 146 (14%) students played the role of bullies, 163 (15.6%) of victims, and 339 (32.5%) of bullies/victims. There was a significant association between being a victim ($B = 0.26$) and being a bully ($B = 0.28$) with a more irritable temperament. Being a bully with behavior problems ($B = 0.30$) was significantly associated with being a victim with relationship problems ($B = 0.52$), according to the SDQ-C. Schools were randomized, and 613 (58.8%) students were assigned to the intervention group and 430 (41.2%) to the control group. There was no significant difference in bullying scores considering time*intervention interaction. Significant associations between being a victim and being a bully with a more irritable temperament, behavior problems, and relationship problems were maintained in both groups after the intervention. The results of the present study show that brief, student-only interventions may be useful as an educational strategy, but they do not effectively change involvement in bullying at school. Further studies with long-term interventions focused on all people involved, including parents and teachers, are still needed to assess changes in behavior related to school bullying.

Keywords: Bullying. Adolescents. Intervention. School health.

RESUMEN

BOTTAN, Gabriela. **Evaluación de resultados de intervención breve *antibullying* para adolescentes de escuelas públicas**. 2018. 89h. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

El comportamiento agresivo y una de sus manifestaciones, el acoso escolar o *bullying*, constituye un problema que va en aumento en las escuelas/institutos brasileños y que involucra a cerca de un tercio de los alumnos, ya sea como agresores o víctimas. En general, la violencia —como también en el ambiente escolar— se debe a múltiples causas y, justamente por ese motivo, resulta difícil controlarla. En la realidad brasileña, aún son escasas las intervenciones tendientes a prevenir y disminuir la ocurrencia de *bullying* en el ambiente escolar. Los objetivos del presente estudio fueron evaluar los resultados de una intervención breve *antibullying* para adolescentes de escuelas/institutos públicos y verificar la asociación entre los tipos de acoso escolar con las características demográficas, de temperamento y de problemas de salud mental de los alumnos. Se trata de un cuasi-experimento, realizado con alumnos del 5° al 9° año de cuatro escuelas/institutos (dos intervención y dos control) de la red pública, de ambos sexos y en la franja etaria de 12 a 17 años. La intervención breve aplicada en toda la escuela (denominada, en inglés, *whole-school intervention*) es un abordaje educativo y de sensibilización sobre acoso escolar dirigido a alumnos y docentes. El desenlace *bullying* se evaluó por medio del Cuestionario de Bullying (CB) versión víctima y versión agresor. Los instrumentos utilizados para verificar las características de temperamento y los problemas de salud mental fueron el *Affective Reactivity Index* – versión niño (ARI-C, por la sigla en inglés) y el Cuestionario de Capacidades de Dificultades – versión niño (SDQ-C, por la sigla en inglés), respectivamente. Los instrumentos se aplicaron en el horario de clase, con autorización de los padres, en el período anterior y posterior a la intervención. En las escuelas/institutos del grupo control, los instrumentos también se aplicaron en el mismo intervalo de tiempo que en el grupo intervención. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) y de la Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre (CAEE 19651113.5.3001.5347). En el estudio se incluyeron 1.043 alumnos, de los cuales 526 (50,4%) eran niñas, con media de edad (desviación estándar) de 12,5 (DE=1,62) años. Se verificó que 146 (14%) estaban involucrados en *bullying* como agresores, 163 (15,6%) como víctimas y 339 (32,5%) como víctimas-agresores. Se observó asociación significativa entre ser víctima (B=0,26) y agresor (B=0,28) con temperamento más irritable. También fue significativa la relación entre ser agresor con problemas de conducta (B=0,30) y ser víctima con problemas para relacionarse (B=0,52), según el SDQ-C. Las escuelas/institutos se aleatorizaron y se asignaron 613 (58,8%) alumnos al grupo intervención y 430 (41,2%) al grupo control. No se observó diferencia significativa en los puntajes de *bullying* al considerarse la interacción tiempo*intervención. Tanto en el grupo intervención como en el grupo control, se mantuvo la asociación significativa verificada entre víctimas y agresores con mayor temperamento irritable, problemas de conducta y para relacionarse, tras la intervención. Los resultados del presente estudio indican que las intervenciones breves con inclusión solo de alumnos pueden ser útiles como estrategia educativa sobre el tema, pero no son efectivas para modificar la involucración en *bullying* en la escuela/instituto. Aún se necesita poner a prueba nuevas intervenciones de largo plazo, centradas en la población de involucrados e incluyendo a padres y docentes, para modificar el comportamiento relacionado al acoso escolar.

Palabras clave: *Bullying*. Adolescentes. Intervención. Salud escolar.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e Adolescência
ARI-C	Affective Reactivity Index – versão criança
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GE CIA	Grupo de Estudo do Comportamento na Infância e Adolescência
GEE	Generalized Estimating Equations
GLM	Generalized Linear Models
KiVa	<i>Kiusaamista Vastaan</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
PubMed	Publicações Médicas
QB	Questionário de Bullying
REBE	Rational Emotive Behavioral
RTP	Resilience Triple P
SDQ-C	Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança
SS-SSTP	Student Success Through Prevention
STR	Steps to Respect
SUS	Sistema Único de Saúde
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ViSC	Viennese Social Competence
YLP	Youth-Led Program
YM	Youth Matters

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E FIGURAS

Figura 1 – Fluxo de seleção dos artigos	28
Figura 2 – Fluxo da amostra incluída no estudo	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Local de realização e características da amostra dos estudos incluídos	29
Tabela 2 –	Tipos de intervenções utilizadas nos estudos incluídos e os resultados encontrados	30
Tabela 3 –	Caracterização geral da amostra e associação com bullying vítima e agressor	47
Tabela 4 –	Análise do temperamento e problemas de saúde mental basais, considerando-se o desfecho bullying	50
Tabela 5 –	Caracterização da amostra e comparação entre os grupos intervenção e controle	51
Tabela 6 –	Comparação no tempo basal das formas de bullying, temperamento e problemas de saúde mental	53
Tabela 7 –	Resultado da intervenção antibullying, considerando-se as diferentes formas de bullying vítima e agressor	55
Tabela 8 –	Análise do temperamento e dos problemas de saúde mental em relação à vítima de bullying, considerando-se os grupos intervenção e controle	57
Tabela 9 –	Análise do temperamento e dos problemas de saúde mental em relação ao agressor de bullying, considerando-se os grupos intervenção e controle	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1 Bullying no Contexto Escolar: Prevalência e Epidemiologia	19
3.2 Bullying e Aspectos de Saúde Mental	21
3.3 Intervenções Antibullying	24
3.4 Revisão Sistemática de Intervenções Antibullying	26
3.5 Programa Saúde na Escola	38
4 MÉTODOS	40
4.1 População e Amostra	40
4.2 Instrumentos	41
4.3 Intervenção	42
4.4 Análise dos Dados	43
4.5 Aspectos Éticos	44
5 RESULTADOS	46
5.1 Características da Amostra	47
5.2 Resultado da Intervenção Antibullying	51
6 DISCUSSÃO	60
7 CONCLUSÕES	66
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICE A – Protocolo de Coleta	77
APÊNDICE B – Cartaz	79
APÊNDICE C – Fôlder	80
APÊNDICE D – Termo de Dissentimento	81
APÊNDICE E – Termo de Assentimento	82

ANEXO A – Questionário de Bullying (QB) – versão agressor	83
ANEXO B – Questionário de Bullying (QB) – versão vítima	84
ANEXO C – Questionários de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C)	85
ANEXO D – <i>Affective Reactivity Index</i> (ARI)	86
ANEXO E – Carta de Aprovação do Comitê de Ética	87

1 INTRODUÇÃO

O comportamento agressivo e uma de suas apresentações, o bullying, têm-se mostrado um problema crescente nas escolas brasileiras, com cerca de um terço dos alunos envolvidos como agressor ou como vítima (MALTA et al., 2010). *Bullying* é uma palavra inglesa que engloba uma série de tipos de violência interpessoal, em qualquer esfera social ou faixa etária, mas que, no Brasil, tem sido particularmente usada para se referir à violência entre os alunos no ambiente escolar.

Entende-se por bullying o comportamento agressivo, ofensivo, repetitivo e frequente, perpetrado por uma pessoa ou grupo contra outra pessoa ou grupo, com a intenção de ferir ou humilhar, em uma relação desigual de poder (OLWEUS, 1993; LOPES NETO, 2005).

Esse “poder desigual”, nem sempre evidente para os adultos, pode assumir várias formas, incluindo força física, capacidade cognitiva, diferenças socioeconômicas e popularidade, entre outras (NANSEL et al., 2001). Outra manifestação de agressividade entre os adolescentes, que pode ser entendida como um tipo de bullying, ocorre através da tecnologia e é denominada de *cyberbullying*, a qual se manifesta por meio de e-mail, bate-papo, mensagens instantâneas, vídeos ou fotos postadas em sites ou enviadas via celulares ou rede social (GLADDEN et al., 2014; LISBOA et al., 2014). O anonimato do bullying por meio da tecnologia pode causar o desequilíbrio de poder, enquanto a repetição ocorre porque pessoas diferentes podem visualizar continuamente o ato durante um curto período de tempo (SAMARA et al., 2017).

A classificação dos tipos de envolvidos com bullying pode ser descrita de três maneiras. Aquele que pratica o bullying é denominado perpetrador, agressor ou, no termo em inglês, *bully* (plural: *bullies*). Aqueles que sofrem o bullying são denominados vítimas. Há também uma terceira classificação para aqueles que tanto praticam quanto sofrem, os chamados vítimas-agressores (NANSEL et al., 2001). Ainda há os espectadores ou testemunhas, que são os que assistem a tudo calados por correr o risco de serem os próximos agredidos (LOPES NETO, 2005). No presente estudo, serão utilizados os termos agressor, vítima e vítima-agressor.

O bullying pode ocorrer de diferentes formas. A forma direta é quando o comportamento agressivo ocorre na presença do jovem e a forma indireta é quando não há comunicação direta entre a vítima e o agressor. Exemplos de agressão indireta incluem espalhar rumores ou boatos nocivos (MALTA et al., 2014). Portanto, o bullying pode

manifestar-se seja de forma direta (agressão física ou verbal), seja indireta (agressão relacional ou dano à propriedade) (GLADDEN et al., 2014). O modo direto físico inclui o uso de força física por parte do autor contra o jovem-alvo, como bater, chutar, socar, cuspir e empurrar. O modo direto verbal ocorre através da comunicação oral ou escrita pelo autor contra o jovem-alvo, incluindo proferir insultos, chamar por nome ameaçador ou ofensivo, elaborar notas escritas ou realizar gestos inapropriados, fazer comentários de cunho sexual ou cometer ameaça verbal. O modo indireto relacional consiste em um comportamento destinado a prejudicar a reputação e as relações do jovem-alvo, como intimidação relacional, esforços para isolar o indivíduo do grupo ou ignorá-lo. Essa manifestação de bullying inclui – embora não se limite a tais práticas – espalhar rumores falsos e/ou nocivos, escrever publicamente comentários depreciativos, postar imagens embaraçosas em site sem permissão ou conhecimento do jovem-alvo. O dano à propriedade refere-se a roubo, alteração ou danificação de propriedade ou objeto da vítima por parte do autor para causar-lhe dano. Esses comportamentos podem incluir tomar algum objeto e recusar-se a devolvê-lo ou destruí-lo (GLADDEN et al., 2014).

A violência em geral, assim como no ambiente escolar, é multicausal e, exatamente por esse motivo, difícil de ser controlada. Isso gera desestímulo e frustração àqueles que se veem obrigados a enfrentar diariamente situações de violência, sejam professores, sejam alunos. A violência na escola e o comportamento de bullying são as principais causas de evasão escolar ou de trocas frequentes de escola (TOWNSEND et al., 2008). Comumente, os estudantes recorrem a comportamentos agressivos para resolver conflitos interpessoais e enfrentar situações estressantes seja em casa, seja na escola. Os alunos desde a pré-escola podem apresentar tanto problemas externalizantes, que são atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividades, agressão, transtornos de desafio/oposição e condutas antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010), quanto internalizantes, como ansiedade e depressão (PICADO ROSE, 2009; BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011).

A exposição a vários fatores de risco, sobretudo entre populações economicamente menos favorecidas, aumentam o risco de que a criança ou o adolescente apresente desregulação emocional, menor habilidade social, menos envolvimento da família com a escola e mais problemas de conduta, o que, por conseguinte, representará um risco para o pior desempenho escolar (WEBSTER-STRATTON; REID; STOOLMILLER, 2008). Com menos anos de estudo, esses alunos se tornarão adultos menos qualificados para o mercado de trabalho, mantendo, assim, o ciclo de pobreza e de risco para violência. Por essa razão,

intervenções que visem prevenir e diminuir o comportamento agressivo na escola, que estejam focadas nas populações de risco, mas que sejam factíveis de serem reproduzidas em escolas públicas brasileiras, são essenciais para o enfrentamento desse problema.

Intervenções que visem prevenir e diminuir a ocorrência de bullying no ambiente escolar são executadas principalmente na Europa, principalmente na Finlândia (WÖLFER; SCHEITHAUER, 2014; KÄRNÄ et al., 2011; 2013; BROWN et al., 2011; ROLAND et al., 2010) e nos Estados Unidos (DOMINO, 2013; WRIGHT; BAILEY; BERGIN, 2012; ELLEDGE et al., 2010). Contudo, poucas são aquelas que chegam ao domínio público e, menos ainda, aquelas que são adaptáveis à realidade das escolas públicas do Brasil.

O governo brasileiro tem incentivado ações de saúde às escolas públicas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE), que foi iniciado efetivamente em 2007 (BRASIL, 2007). Entre as definições do programa, consta que a prevenção de violências (física, sexual e bullying) é papel da atenção primária. Assim, as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são responsáveis por prestar assistência às inúmeras situações de risco para a saúde do escolar e por desenvolver ações de prevenção nas respectivas áreas de abrangência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Além disso, no ano de 2015, entrou em vigência no Brasil a Lei nº 13.185 (6/11/2015), que institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying) em todo o território nacional. Entre seus objetivos, destacam-se: a prevenção e o combate à prática da intimidação sistemática (bullying) em toda a sociedade; a capacitação de docentes e equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, prevenção, orientação e solução do problema; a implementação e a disseminação de campanhas de educação, conscientização e informação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Devido à especificidade e à complexidade que apresenta, o comportamento de bullying é objeto interdisciplinar e intersetorial, exigindo lógicas de resolutividade na mesma direção, tal como a proposta do PSE (SILVA et al., 2014). Ações de educação e promoção de saúde na escola são modos diferentes de atuar na atenção primária, os quais podem resultar na construção de novas formas de os estudantes relacionarem-se entre si (OLIVEIRA et al., 2015). O enfermeiro está inserido tanto no planejamento quanto na promoção de ações e tem sido referência às escolas no encaminhamento de suas demandas. No entanto, os profissionais da atenção primária muitas vezes se sentem despreparados para responder adequadamente a tais demandas (SILVA et al., 2014). Assim, identificar sinais de risco e comportamentos que apontem para as dificuldades dos alunos, alertar as famílias para as consequências da

violência escolar na saúde e na qualidade de vida dos filhos, além de incentivar e colaborar com as escolas na implementação de programas de prevenção e redução da violência, são importantes medidas da esfera de atuação do enfermeiro (MENDES, 2011).

O presente estudo integra o “Programa antibullying na escola: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster”, contemplado com o Edital Universal do CNPq (nº 77331/2012-2). O projeto maior tem por objetivos avaliar os resultados de uma intervenção breve antibullying, envolvendo a equipe diretiva e de professores, seus alunos e suas famílias, bem como avaliar os resultados de intervenção específica com alunos com escores elevados de bullying. Visa também validar instrumentos de avaliação relacionados ao comportamento na adolescência, incluindo a elaboração de material educativo para ser disponibilizado às escolas públicas sobre ações que visem prevenir e combater o bullying. O projeto atual avaliou os resultados de uma intervenção breve antibullying.

A intervenção proposta refere-se à realização de uma abordagem breve com todos os alunos, professores, equipe diretiva e demais funcionários da escola, denominada na língua inglesa de *whole-school intervention*. Essa abordagem considera o bullying como um problema sistêmico, com múltiplas causas no nível individual, na sala de aula e nas diferentes séries, sugerindo que a intervenção não seja direcionada apenas às vítimas e aos agressores (KÄRNÄ et al., 2011). Os resultados de um estudo que utilizou essa intervenção demonstraram maior redução da vitimização do que as intervenções que incluíam apenas atividades em sala de aula ou grupos de habilidades sociais (VREEMAN; CARROLL, 2007).

A motivação para realizar pesquisas sobre bullying deveu-se à relevância do tema e ao fato de ser membro do Grupo de Pesquisa de Comportamento na Infância e Adolescência (GECIA), que integra diferentes disciplinas (enfermagem, psicologia, medicina e ciências sociais) e desenvolve pesquisas para identificar fatores biopsicossociais associados ao comportamento na infância e adolescência. Como enfermeira, trabalhei por muito tempo com pacientes de um centro de atenção psicossocial para portadores de transtornos mentais graves e também na coordenação de políticas públicas voltadas para a saúde mental da população, presenciei constantes relatos de pacientes adultos que se envolveram com bullying na juventude e que sofrem até hoje as consequências desse comportamento. Portanto, realizar pesquisas sobre a temática em nossa realidade, que ainda é pouco conhecida, contribui para instrumentalizar ações para a prevenção do bullying.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os resultados de uma intervenção breve antibullying para adolescentes de escolas públicas.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a associação entre os tipos de bullying com as características demográficas, de temperamento e de problemas de saúde mental dos alunos.
- Comparar os resultados da intervenção breve antibullying entre o grupo intervenção e o grupo controle.
- Avaliar os resultados à intervenção breve antibullying, considerando-se características de temperamento e problemas de saúde mental.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O envolvimento em bullying, seja como agressor, seja como vítima, seja em ambos, é uma situação conhecida e vivenciada por todos. No entanto, durante muito tempo, tal situação fez parte do processo de desenvolvimento pelo qual toda criança passa uma vez que tenha ingressado na escola (VOLK et al., 2012).

É a partir do final da década de 1970 que essa visão começa a mudar após três suicídios consecutivos de alunos, vítimas de bullying, na Noruega. O país decidiu intervir nacionalmente em suas escolas para prevenir a ocorrência de tal prática (OLWEUS, 1993; NANSEL et al., 2001).

Este capítulo pretende abordar aspectos associados ao bullying no contexto escolar e a sua relação com saúde mental e temperamento, analisando ainda o Programa Saúde na Escola (PSE) e as intervenções antibullying realizadas por meio de uma revisão sistemática.

3.1 Bullying no Contexto Escolar: Prevalência e Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um relatório em 2008 sobre o comportamento de aproximadamente 200 mil crianças e adolescentes de ambos os sexos, nas faixas de 11, 13 e 15 anos, em 41 países e regiões da Europa e da América do Norte (CURRIE et al., 2008). A prevalência de bullying nos diferentes países variou enormemente, indo de 2% a 37% de vítimas e de 1% a 38% de agressores. O estudo mostrou que em países com maior desigualdade econômica e social, como Grécia e Letônia, a prevalência do bullying foi ainda maior do que em países onde as diferenças são menos acentuadas, como Suécia e Noruega (CURRIE et al., 2008).

Estudo realizado nos Estados Unidos, com mais de 15.000 alunos do 6º ao 10º ano, verificou que 29% dessa população apresentava envolvimento moderado com bullying. Desses estudantes, 13% eram agressores, 10,6% vítimas e 6,3% eram vítima-agressores (NANSEL et al., 2001).

No Brasil, uma das primeiras pesquisas sobre o tema ocorreu em São José do Rio Preto, em São Paulo, com 2.000 alunos, dos quais 49% admitiram envolvimento com atos de bullying, sendo 22% como vítimas, 15% como agressores e 12% como vítima-agressores (FANTE, 2005). Outro estudo foi realizado pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), no Rio de Janeiro, entre 2002 e 2003. Desse

estudo participaram 5.428 crianças, com média de idade de 13,47 anos. Entre os resultados, foi possível constatar a presença de 16,9% de crianças identificadas como vítimas, 10,9% vítima-agressores, 12,7% agressores e 57,5% testemunhas (LOPES NETO, 2005).

Outro estudo brasileiro, realizado com 2.105 adolescentes de 13 a 17 anos da rede municipal de Campina Grande (PA), constatou que 23,6% deles foram caracterizados como vítimas de bullying, a maioria tendo 14 anos (27,3%), sendo do sexo masculino (31,5%) e tendo o 7º ano de escolaridade (25,3%), não havendo diferença de envolvimento entre os turnos manhã e tarde. O tipo de bullying mais prevalente foi o verbal (87,7%), seguido do relacional (37,7%) e do físico (19,7%). Nos casos de bullying físico, a maioria dos meninos confirmou sofrer as agressões exclusivamente de outros meninos, enquanto as meninas afirmaram que os agressores eram de ambos os sexos. Além do envolvimento maior dos meninos como vítimas, eles também apresentam maior participação como agressores (SANTOS et al., 2014).

Apesar das pesquisas que já foram realizadas, estudos epidemiológicos, representativos da população brasileira, ainda são escassos. O maior deles, envolvendo 60.973 alunos de 1.453 escolas públicas e privadas, em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, verificou que 32,6% dos meninos e 29,1% das meninas sofreram bullying nos 30 dias anteriores à pesquisa (MALTA et al., 2010). Entretanto, o estudo não investigou a prática de bullying. Em outro estudo, com 5.168 estudantes de 5ª a 8ª séries de escolas públicas e privadas de cinco regiões do país, observou-se 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, de acordo com o estudo da OMS (CURRIE et al., 2008), demonstrando que, no Brasil, este é um problema de alta prevalência.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) foi realizada para descrever a vitimização e a prática de bullying em escolares brasileiros e comparar a evolução entre as pesquisas de 2009 (MALTA et al., 2010) e 2012 (MALTA et al., 2014). Os resultados apontaram que cerca de um quarto dos estudantes referem não ter sido bem-tratados pelos colegas, sendo tal frequência maior entre os meninos, mais velhos, de etnia negra, oriundos de escolas públicas, cujas mães tinham menor escolaridade. Sofrer bullying predominou entre meninos, mais jovens, negros e indígenas, cujas mães apresentavam baixa escolaridade, sendo mais frequente na região Sul e menos frequente na região Norte. A prática do bullying foi relatada por um quinto dos estudantes, predominando em meninos, mais velhos, de etnia

negra e amarela, filhos de mães com maior escolaridade, de escolas privadas, sendo mais frequente nas regiões Sudeste e Sul e menos frequente no Norte e Nordeste. Ao analisar apenas o conjunto das capitais, o relato de sofrer bullying aumentou entre 2009 e 2012 no grupo de alunos do 9º ano das capitais brasileiras: de 5,4% (IC95% 5,1 – 5,7) para 6,8% (IC95% 6,4 – 7,2). As seguintes capitais apresentaram aumento estatisticamente significativo no período: Vitória, São Paulo, Rio Branco, Salvador, Natal, Macapá, Palmas, Campo Grande e Cuiabá (MALTA et al., 2014).

3.2 Bullying e Aspectos de Saúde Mental

Pesquisas têm comprovado a ampla gama de prejuízos e alta prevalência de problemas de saúde mental associados ao bullying (NASEL et al., 2001; ARSENEAULT; BOWES; SHAKOOR, 2010). Os indivíduos envolvidos com a prática de bullying 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 pior ajustamento psicossocial (NASEL et al., 2001); dificuldades de aprendizagem (BURK et al., 2011); abuso de substâncias (WEISS et al., 2011); problemas externalizantes, como transtorno de conduta (SOURANDER et al., 2007) e transtorno de personalidade antissocial (SOURANDER et al., 2007; VAUGHN et al., 2010); problemas internalizantes, como depressão, ansiedade (SOURANDER et al., 2007) e transtorno de humor bipolar (VAUGHN et al., 2010).

O resultado de um estudo de acompanhamento com adolescentes de 16 a 24 anos apontou que a prática de bullying foi preditor de criminalidade. Entre os envolvidos como agressor no início do estudo, cerca de 55% foram condenados por um ou mais crimes e até 36% foram condenados por pelo menos três crimes no período de seguimento (OLWEUS, 2011). Os agressores caracterizam-se por serem dominadores e impulsivos, terem pouca empatia e baixa tolerância à frustração, serem mais fortes que a média e entenderem que a violência é um meio de resolução de problemas (ANDO; ASAKURA; SIMONS-MORTON, 2005).

Por outro lado, resultados de estudos mostraram que as vítimas de bullying são pessoas mais ansiosas, inseguras e solitárias, têm baixa autoestima e maior chance de desenvolver depressão (NANSEL et al., 2001; SOURANDER et al., 2007). Crianças vítimas de bullying apresentam proporcionalmente mais sintomas físicos, como dores de cabeça e de

estômago (SIEBERER; KÖKÖNYEI; THOMAS, 2004; GINI; POZZOLI, 2009), e sintomas psicológicos, como dificuldade para dormir e enurese noturna, quando comparadas a crianças que não sofrem bullying (LAMB; PEPLER; CRAIG, 2009).

As vítimas-agressores fazem parte de um grupo que demonstra similaridades tanto com o agressor quanto com as vítimas, apresentando características ora de um, ora de outro. Por essa razão, a literatura tem mostrado que são as vítimas-agressores que apresentam maior risco para desenvolvimento de psicopatologia (RAGATZ et al., 2011), uma vez que costumam apresentar baixa autoestima, elevado nível de ansiedade e também de agressividade (NANSEL et al., 2004). Podem ser indivíduos hiperativos ou impulsivos com alta desregulação emocional (TOBLIN et al., 2005).

Um estudo analisou se a perpetração de bullying e a vitimização estavam associados a problemas internalizantes e externalizantes em mais de 125.000 alunos de Minnesota, nos Estados Unidos. O resultado apontou que o envolvimento com bullying pode representar risco para problemas emocionais entre adolescentes. Apesar de pouco frequente na amostra, a perpetração de bullying foi associada a alteração de conduta em todas as idades. Os agressores do 6º ano fundamental apresentaram maiores chances de desenvolver problemas internalizantes e externalizantes. Analisados em conjunto, os resultados indicaram que, mesmo que ocorra ocasionalmente, o bullying está associado a problemas de saúde mental durante a adolescência (GOWER; BOROWSKY, 2013).

Outro estudo que buscou evidências entre cyberbullying e problemas internalizantes e externalizantes durante a adolescência encontrou associação significativa entre a cybervítima com sintomas depressivos e uso de substância. Os resultados apontaram, ainda, uma relação temporal em que a vitimização conduz ao aumento de sintomas depressivos, enquanto o uso de substâncias conduz ao aumento de vitimização (ÁMEZ-GUADIX et al., 2013). Independentemente da relação com o bullying, um estudo recente de base populacional (mais de 10.000 alunos, entre 13 a 17 anos) demonstrou que, entre os principais problemas que acometem crianças e adolescentes, estão os transtornos de ansiedade (24,9%), os transtornos de conduta (16,3%) e os transtornos de humor (10%) (KESSLER et al., 2012). Os estudos mostram também associação entre vitimização e ansiedade social, sendo que os efeitos nocivos do bullying sobre as vítimas estão entre os principais motivos para o desenvolvimento de programas de intervenção antibullying (GARANDEAU; LEE; SALMIVALLI, 2018).

A vitimização online emergiu como um fator de risco adicional para o desenvolvimento de sintomas de depressão e ansiedade em adolescentes envolvidos em atos de bullying. Cerca de 25% das vítimas de cyberbullying não buscam atendimento especializado e esse afastamento pode causar prejuízos importantes, ou mesmo irreversíveis, como nos casos extremos de suicídios, homicídios e massacres em escolas. Assim, devido às repercussões e consequências negativas, a implementação de políticas públicas no combate ao cyberbullying representa um desafio para a sociedade em geral (WENDT; LISBOA, 2013).

Por mecanismos ainda a serem entendidos, os fatores de risco para a agressividade incluem características individuais, como temperamento, e sociais, como provir de famílias disfuncionais ou residir em comunidades violentas (WHITE; FRICK, 2011). De fato, o temperamento abrange um conjunto de diferenças individuais estáveis, de forte base genética e neurobiológica (FOX et al., 2001). Constitui a base constitucional da reatividade, que é a característica da responsividade individual, e da autorregulação, que modula a reatividade (PUTNAM; GARTSTEIN; ROTHBART, 2006). Em um estudo, observou-se que crianças com agressividade reativa manifestam raiva e comportamento agressivo em resposta às provocações dos pares, enquanto crianças que apresentam agressividade proativa tendem a ser mais “frias”, comumente utilizando a agressividade para atingir um objetivo ou obter alguma vantagem (OLSON et al., 2013).

A irritabilidade representa um traço caracterizado pela tendência de experimentar raiva e ser reativo a pequenos desentendimentos e provocações apresentando um descontrole no comportamento, como envolvimento com bullying (STRINGARIS et al., 2009; STRINGARIS et al., 2012). Além disso, esse traço é comum tanto aos problemas externalizantes quanto aos internalizantes, desempenhando um papel central na psicopatologia de adolescentes (STRINGARIS et al., 2009; STODDARD; COMMENT; ZIMMERMAN, 2013).

Também já foi demonstrado que outros traços de temperamento, como insensibilidade e afetividade restrita, estão associados ao comportamento de bullying direto (VIDING et al., 2009; FANTI; KIMONIS, 2012), e a presença de tais traços torna os indivíduos refratários a intervenções antibullying (VIDING et al., 2009). Assim, justifica-se investigar os efeitos de intervenções antibullying que consideram traços de temperamento e problemas de saúde.

Uma vítima que sofre frequente intimidação apresenta aumento do risco de ser tabagista pesado aos 18 anos, além de aumento no risco de sintomas depressivos. Na infância, a vitimização tem um impacto a longo prazo sobre uso de substâncias e comportamento na

idade adulta jovem. Vitimização frequente na infância pode ser considerada como um estressor significativo, com consequências relacionadas à saúde mais tarde na vida. Já os agressores devem ser observados com frequência na infância, visto que este pode ser considerado como um dos primeiros indicadores do uso de drogas ilícitas mais tarde (NIEMELÄ et al., 2011).

Existem estudos que mostram o bullying como um fator de risco para transtornos mentais em crianças e adolescentes também mais tarde na idade adulta. Estudos longitudinais mostram forte relação temporal com a vítima, que precede problemas de saúde, incluindo depressão, ansiedade, ideação suicida e tentativas de suicídio. No entanto, o bullying é um fator de risco possível de ser medido nas escolas, diferentemente de outros tipos de agressão. Além disso, constitui um fator de risco modificável para transtornos mentais através do curso da vida, sendo importante intervir desde cedo (SCOTT et al., 2014).

Estudos realizados na Europa, na Ásia e nos Estados Unidos apontaram maior risco de ideação suicida em vítimas e agressores, sendo que estar envolvido em atos de bullying associa-se a maior risco, o qual é ainda maior entre meninas. Gays, lésbicas, bissexuais e crianças com dificuldades de aprendizagem estão no grupo de maior risco (SHETGIRI, 2013).

Pesquisas recentes ressaltam a importância dos programas antibullying e o custo-benefício em termos de prevenção de suicídio, de sintomas internalizantes e de outros problemas psicológicos (MENESINI; SALMIVALLI, 2017). Os esforços em termos de políticas e práticas de apoio às vítimas de intimidação podem ajudar a conter os custos. Tendo em conta o impacto a longo prazo da saúde mental sobre as vítimas de bullying, as estratégias de prevenção precoce poderiam ser eficazes para minimizar o sofrimento individual e os custos posteriores (EVANS-LACKO et al., 2017).

3.3 Intervenções Antibullying

Uma variedade de intervenções antibullying tem sido proposta e implementada na tentativa de reduzir o bullying e a violência escolar. Muitas dessas propostas, entretanto, baseiam-se mais no senso comum do que em teorias e evidências das causas do fenômeno (TTOFI et al., 2011; VREEMAN; CARROLL, 2007).

A primeira intervenção em larga escala foi realizada na Noruega, em nível nacional, em 1983. Uma versão mais intensiva dessa mesma intervenção foi realizada alguns anos depois em Bergen, também na Noruega, e apresentou posterior diminuição de quase metade

dos casos de bullying na cidade (OLWEUS, 1993). Desde então, muitos programas, alguns baseados nesse primeiro, foram propostos ao redor do mundo (KÄRNÄ et al., 2011).

Vários estudos de avaliação de resultados das intervenções foram realizados e, em uma metanálise recente, concluiu-se que tais programas são efetivos de modo geral, indicando redução dos casos de bullying. Os principais fatores identificados como responsáveis por essa redução foram maior supervisão na hora do intervalo, capacitação para manejo em sala de aula, estabelecimento de regras claras e envolvimento da família. Os autores reiteraram, porém, que a intensidade e a duração dos programas antibullying estão associadas à sua efetividade e que abordagens múltiplas (envolvendo professores, pais e alunos) são mais efetivas do que abordagens únicas (TTOFI et al., 2011). Apesar de haver estudos de avaliação de resultados dos programas antibullying, ainda não existe padronização dos instrumentos utilizados ou da metodologia empregada. Tal fato dificulta comparações, impossibilitando a generalização dos achados (KÄRNÄ 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 frequentam a escola. Por essa razão, necessita também de uma intervenção que envolva, além dos indivíduos, os pequenos grupos, as turmas, os professores e a administração da escola. O sucesso de intervenções amplas também sugere que o bullying seja causado por fatores externos e individuais, incluindo um complexo processo de interação social (VREEMAN; CARROLL, 2007). Em relação ao clima escolar, este se refere à qualidade e ao caráter de vida escolar. O clima da escola é baseado em padrões de experiências da vida escolar das pessoas e reflete normas, objetivos, valores, relações interpessoais, ensino, aprendizagem e liderança. Práticas e estruturas organizacionais que geram um ambiente escolar positivo promovem a aprendizagem do aluno, o desempenho acadêmico, o sucesso escolar e um desenvolvimento saudável. Além disso, viabilizam uma prevenção eficaz de riscos para a juventude (COHEN; FEGE; PICKERAL, 2009).

Outra revisão sistemática estendeu a metanálise publicada em 2009 (FARRINGTON; TTOFI, 2009) com estudos publicados até abril de 2013 (EVANS; FRASER; COTTER, 2014). Dos 32 artigos incluídos, 17 avaliaram bullying e vitimização, 10 apenas vitimização e o restante bullying em geral. Dos 22 estudos que avaliaram bullying e perpetração, 11 (50%) observaram efeitos significativos nas intervenções; de 27 estudos, 18 (67%) relataram efeitos significativos na vitimização. Os instrumentos de mensuração utilizados em vários estudos não eram validados, conduzindo ao viés importante de

diferenciação entre bullying e comportamentos violentos de modo geral (EVANS; FRASER; COTTER, 2014).

Tem-se observado o surgimento de diversos tipos de programas antibullying com diferentes características. Por exemplo, *Fear Not!* é uma intervenção que testa um jogo de vídeo interativo, projetado para fortalecer principalmente as vítimas, aumentando suas habilidades de enfrentamento e a empatia dos não envolvidos (SAPOUNA et al., 2010). *The Lunch Buddies* é um programa que relatou efeito significativo. Caracteriza-se pelo fato de o aluno mais jovem ter um aluno mais velho para almoçar junto e conversar, ocorrendo em torno de 50 minutos uma vez por semana. Os encontros servem de auxílio para o aluno mais jovem na aquisição de melhor relacionamento com seus pares e em sua comunidade escolar, atuando, assim, como um meio de interromper a dinâmica de bullying (ELLEGE et al., 2010). Há outros programas mais tradicionais, como o *KiVa* (acrônimo para *Kiusaamista Vastaan*, “contra o bullying”), que prevê 20 horas de aulas destinadas a reforçar a empatia, a autoeficácia e as atitudes antibullying de espectadores. As atividades incluem discussões, trabalho em grupo, jogos, filmes e um videogame *Kiva* (SALMIVALLI, KÄRNÄ, POSKIPARTA, 2011).

No Brasil, ainda são escassos os estudos de intervenções antibullying no contexto escolar. Uma dessas iniciativas é o programa antibullying “Educar para a paz”, implantado na cidade de São José do Rio Preto no período de junho de 2002 a julho de 2004. Trata-se de um programa com referenciais nos valores humanos, tolerância e solidariedade. Apresenta duas etapas: a primeira é de conhecimento da realidade escolar e a segunda é de execução de estratégias psicopedagógicas antibullying (FANTE, 2005). Não foram encontrados, porém, estudos que apontem a eficácia dessas intervenções realizadas.

3.4 Revisão de Sistemática de Intervenções Antibullying

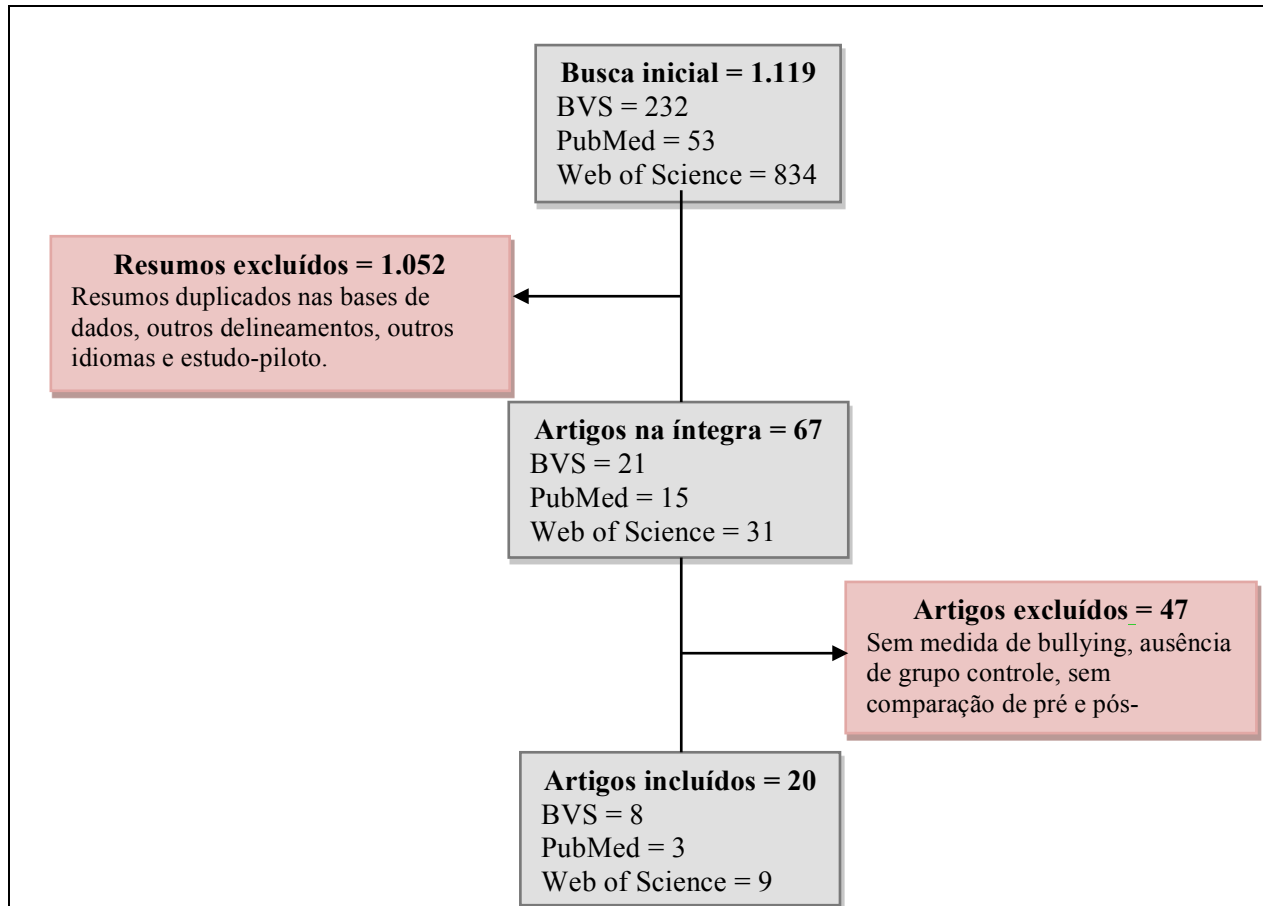
A partir da última metanálise sobre intervenções antibullying (EVANS; FRASER; COTTER, 2014), realizou-se no presente trabalho uma revisão com o mesmo objetivo, a fim de conhecer as intervenções antibullying realizadas após 2013. Para realizar a busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores combinados: *bully* OR *bullies* OR *antibullying* OR *bully-victims* OR *bullying*; AND: *school*; AND: *intervention* OR *program* OR *outcome* OR *evaluation* OR *effect*; OR *prevention* OR *tackling* OR *antibullying*. A busca foi realizada nos idiomas português, inglês ou espanhol em três bases de dados: PubMed,

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Web Of Science. O período da coleta de dados foi delimitado para artigos publicados a partir de março de 2013 a maio de 2017.

A revisão incluiu artigos de avaliação de programas projetados para reduzir o bullying em escolas de ensino fundamental, sendo que a redução do bullying não precisaria ser o foco principal da intervenção, mas um dos objetivos secundários. O envolvimento com bullying como agressor e/ou vítima foi avaliado por meio de questionários de autorrelato, avaliação pelos pares, por professores ou por métodos observacionais. Foram incluídos programas projetados para diminuir a agressão ou aumentar habilidades sociais e emocionais que também foram implementadas para diminuir o bullying e que, no delineamento, constasse haver grupo controle e grupo intervenção.

Após a busca nas bases de dados com os descritores selecionados, procedeu-se à leitura dinâmica dos títulos e resumos, sendo excluídos aqueles que não preenchiam os critérios de inclusão definidos. Posteriormente a pré-seleção, os artigos foram lidos na íntegra por dois pesquisadores independentes, finalizando com a inclusão de 20 artigos (Figura 1).

As características e os dados demográficos da amostra dos estudos incluídos estão apresentados na Tabela 1. Destaca-se que os estudos foram realizados em diferentes países e que a intervenção incluiu alunos, professores e pais. Os resultados das intervenções estão apresentados na Tabela 2.

Figura 1 – Fluxo de seleção dos artigos

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 1 – Local de realização e características da amostra dos estudos incluídos

Estudos	País	Amostra		
		Total	Sexo	Idade Média (DP)
Intervenção com alunos				
Connolly et al., 2015	Canadá	509 alunos	51,4% feminino	12,37 (0,63) anos
Espelage et al., 2015	EUA	3.658 alunos	52% masculino	11 a 13 anos
Garaigordobil; Martínez-Valderrey, 2015	Espanha	176 alunos	56,3% feminino	13 a 15 anos
Trip et al., 2015	Romênia	970 alunos	55,9% masculino	11,82 (0,49) anos
Williford; Boulton; Jenson, 2014	EUA	1.077 alunos	Feminino: 49% controle 53% intervenção	10,2 (0,50) anos
Wölfer; Scheithauer, 2014	Alemanha	328 alunos	51% feminino	13,7(1,3) anos
Intervenção com alunos e professores				
Juvonen et al., 2016	Finlândia	7.010 alunos	50,6% feminino	11,2 (0,90) anos
Saarento; Boulton; Salmivalli et al., 2015	Finlândia	7.491 alunos	49,5% masculino	11,3 anos
Boulton, 2014	Reino Unido	249 professores	81,5% feminino	24 a 58 anos
Garandau; Lee; Salmivalli, 2014	Finlândia	911 alunos agressores	89% masculino	11,37(0,92) anos
Garandau; Poskiparta; Salmivalli, 2014	Finlândia	339 alunos vítimas	62,5% masculino	11,9(2,33) anos
Haatja et al., 2014	Finlândia	282 professores		
		7.413 alunos	51% masculino	9,97 (1,77) anos
Low et al., 2014	EUA	1.424 alunos	51% masculino	7 a 11 anos
Low; Ryzin, 2014	EUA	1.307 professores	90% feminino	46 anos
		3.119 alunos	50,4% masculino	7 a 11 anos
Sentse et al., 2014	Finlândia	9.183 alunos	49,2% masculino	13,96 anos
Wölfer et al., 2014	Alemanha	593 alunos	53% feminino	13,3 (1,0) anos
		Controle = 8.498	48,4% feminino	12,7 (1,62) anos
Williford et al., 2013	Finlândia	Intervenção = 9.914	50,9% feminino	12,9(1,58) anos
		Professores NI		
Intervenção com alunos, professores e pais				
Hawe et al., 2015	Canadá	Ano 2003: 380	45,9% masculino	15 – 18 anos
		Ano 2005: 354	49,2% masculino	
Healy; Sanders, 2014	Austrália	111 famílias	Filhos: 61% masculino	8,72 (1,68) anos
Tsiantis et al., 2013	Grécia	666	NI	10-12 anos

Siglas: DP – desvio padrão; NI – não informado EUA – Estados Unidos da América.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 2 – Tipos de intervenções utilizadas nos estudos incluídos e os resultados encontrados

Estudos	Intervenção		Resultados
	Protocolos	Duração	
Exclusivo para alunos			
Connolly et al., 2015	Youth-Led Program (YLP)	16 sessões de 90 minutos (pós-aula)	O grupo intervenção apresentou reduções significativas na ansiedade. Não houve mudança significativa relacionada à vitimização em ambos os grupos.
Espelage et al., 2015	Student Success Through Prevention (SS-SSTP) Middle School Program	15 horas-aula	Impacto positivo em dois de sete desfechos: grupo intervenção 56% menos propenso a referir apelido homofóbico na vitimização e 39% menos propenso a perpetrar violência sexual.
Garaigordobil; Martínez-Valderrey, 2015	Cyberprogram 2.0	19 horas	Diminuição significativa da ocorrência de bullying e cyberbullying, tanto como vítima quanto agressor ou vítima-agressor. Aumento significativo da capacidade de empatia.
Trip et al., 2015	Programas: The Rational Emotive Behavioral Education (REBE) e Viennese Social Competence (ViSC)	10 horas-aula	A condição REBE-ViSC foi mais eficaz na mudança de emoções negativas do que a condição ViSC-REBE. Os dois programas foram eficazes na redução da cognição disfuncionais, ao passo que não houve diferença significativa relacionada ao bullying quando comparados ao grupo controle.
Williford; Boulton; Jenson, 2014	Youth Matters (YM) Bullying Prevention Trial	10 módulos durante o ano letivo	Os alunos do grupo intervenção envolveram-se menos com bullying durante a mudança para o ensino médio. Os estudantes que apresentavam maiores atitudes antissociais eram mais propensos a ser vítima-agressor durante a mudança para o ensino médio.
Wölfer; Scheithauer, 2014	The Fairplayer Manual Bullying Prevention Program	15 encontros semanais, 90 minutos cada	O programa abordou as habilidades individuais e os mecanismos sociais. Os resultados revelaram que a intervenção diminuiu a influência social dos agressores.
Professores e alunos			
Juvonen et al., 2016	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	Aumento da percepção do clima escolar entre os mais vitimizados. O efeito da intervenção incidiu na melhora da depressão e da autoestima entre as vítimas do 6º ano.

Saarento et al., 2015	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	As atitudes antibullying dos alunos e a percepção das atitudes dos professores relacionados ao bullying foram mediadores para o efeito da intervenção nos comportamentos como agressor e como vítima.
Boulton, 2014	I DECIDE	Workshop de 3 dias	Efeitos positivos sobre a eficácia percebida e crenças de autoeficácia dos professores entre aqueles que realizaram mais tempo de workshop.
Garandeu; Lee; Salmivalli, 2014	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	Diminuição da prática de bullying após um ano para os agressores de baixa e média popularidade do grupo intervenção. O resultado sugeriu que os agressores mais populares são menos sensíveis às intervenções antibullying.
Garandeu; Poskiparta; Salmivalli, 2014	The KiVa* Antibullying Program + Confronting Approach ou Non-Confronting Approach	Dois dias de treinamento para professores. Encontros entre a vítima e o agressor mediado por um professor.	As vítimas do grupo Confronting Approach relataram diminuição em 78% dos casos, sendo mais bem-sucedido em caso de vitimização de curto prazo. O tipo de agressão não influenciou o resultado.
Haatja et al., 2014	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	Reduções de vitimização em sala de aula. Porém, não se observaram efeitos significativos do tipo agressor.
Low et al., 2014	Steps to Respect (STR)	11 encontros semi-estruturados / 1 ano	Os resultados sugerem que, quanto maior o engajamento de professores e alunos no programa STR, menores os problemas com bullying.
Low; Ryzin, 2014	Steps to Respect (STR)	11 encontros semiestruturados / 1 ano	A intervenção impactou positivamente o clima psicossocial, que, por sua vez, foi fortemente relacionado a reduções nas atitudes e comportamentos de bullying.
Sentse et al., 2014	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	Seguimento de um ano após a intervenção. Não houve diferença significativa comparando-se o grupo intervenção com o grupo controle.
Wolfer et al., 2014	Cyberbullying Prevention Program Media Heroes	Versão longa: 10 semanas Versão curta: 1 dia	Os resultados mostraram taxas de prevalência preocupantes de cyberbullying. Houve redução dessa prática no grupo de intervenção a longo e curto comparado ao grupo controle sem intervenção.
Williford et al., 2013	The KiVa* Antibullying Program	Professores: 20 h Alunos: 9 meses	Diminuição significativa da cybervitimização no grupo intervenção. A cyberagressão também diminuiu de acordo com

a idade, isto é, o melhor efeito do programa para diminuir essa prática ocorreu entre os menores.

Professores, alunos e pais			
Hawe et al., 2015	Gatehouse Project - Whole-School Ethos-Building Intervention	2 anos	Não houve redução estatisticamente significativa nos sintomas depressivos ou de bullying, embora a tendência tenha ido nessa direção.
Healy; Sanders, 2014	Resilience Triple P	8 sessões: 4 com os pais e 4 com as crianças + os pais	Diminuição significativa na vitimização e nas relações familiares do grupo intervenção comparado ao grupo controle.
Tsiantis et al., 2013	Clinical Prevention Program on Bullying, Victimization and Attitudes toward School	11 encontros semanais de 90 minutos cada	Redução de 55,4% da vitimização no grupo intervenção contra 23,3% no grupo controle. Níveis de bullying diminuíram 55,6% no pós-teste na intervenção e 66,7% nos tipos combinados. Aumento de atitudes positivas na escola.

**KiVa – Kiusaamista Vastaan* (“contra o bullying”).

Fonte: dados da pesquisa.

Observa-se que as intervenções realizadas nos estudos apresentam diversas configurações. Por exemplo, em relação à intervenção KiVa, foram encontrados seis estudos (JUVONEN et al., 2016; SENTSE et al., 2014; HAATJA et al., 2014; GARANDEAU; LEE; SALMIVALLI, 2014; GARANDEAU; POSKIPARTA; SALMIVALLI, 2014; WILLIFORD et al., 2013). Em relação a outras intervenções, um dos estudos verificou a eficácia de um programa de prevenção antibullying baseado na teoria cognitivo-comportamental (TRIP et al., 2015), enquanto outro utilizou o programa sócio-emocional de base escolar que abordou conflitos interpessoais e ensinou gestão de emoção, reduzindo a agressividade entre os jovens do ensino fundamental (ESPELAGE et al., 2015). A seguir, detalharemos os protocolos utilizados nos estudos incluídos.

O programa KiVa é baseado em 20 horas-aula para os alunos, tendo sido projetado para melhorar a empatia, a autoeficácia e as atitudes antibullying dos que apenas são espectadores. A intervenção ainda inclui discussões, trabalho em grupo, jogos, filmes e um jogo de videogame KiVa (WILLIFORD et al., 2013). O estudo que avaliou a frequência de cyberbullying e cybervitimização entre os jovens do ensino fundamental e médio revelou efeito significativo comparado ao grupo controle na diminuição de tais práticas que foi moderado conforme a idade: os estudantes com idade abaixo da média da amostra

apresentaram menor frequência de cyberbullying após a intervenção do que os estudantes na condição de controle. Portanto, o KiVa parece ser um programa eficaz para tratar formas de cyberbullying, bullying e vitimização (WILLIFORD et al., 2013).

Em outro estudo, com uma amostra de 7.413 alunos entre 7 a 12 anos, oriundos de 76 escolas de ensino fundamental, foi avaliado o grau de implementação das lições do KiVa no currículo para a redução dos problemas de bullying em 417 salas de aula. Os resultados confirmaram a obtenção dos efeitos positivos associados à implementação de um programa de prevenção de bullying, sendo que dois aspectos do Kiva destacaram-se como preditores de melhores resultados: a adesão à lição e a preparação de aulas. Especificamente, a redução da vitimização foi maior quando mais atividades curriculares foram concluídas e os professores reconheceram sua responsabilidade de educar os alunos sobre as dinâmicas sociais relacionadas ao bullying (HAATAJA et al., 2014).

Um estudo comparou a eficácia da abordagem de confronto em que é dito abertamente ao agressor que seu comportamento deve cessar de imediato, comparado a uma abordagem de não confronto em que o adulto compartilha com o agressor sua preocupação em relação à vítima e convida-o para fornecer sugestões a fim de melhorar a situação. Foram analisados 339 casos de intimidação envolvendo 314 crianças do 1º ao 9º ano. Os casos foram tratados em 65 escolas como parte da implementação do programa Kiva antibullying. Em cada escola, uma equipe de três professores abordou os casos através da organização de debates com os agressores usando o confronto ou a abordagem de não confronto. As escolas foram distribuídas em uma das abordagens. As vítimas relataram que a prática de bullying cessou em 78% dos casos. As análises de regressão indicaram que nenhuma abordagem foi mais eficaz do que a outra. Entretanto, o confronto funcionou melhor do que o não confronto do 7º ao 9º ano (GARANDEAU; POSKIPARTA; SALMIVALLI, 2014).

Estudo longitudinal examinou o mecanismo mediador pelos quais o KiVa, baseado na abordagem *Role Approach*, reduziu o bullying e a vitimização entre os alunos do ensino fundamental em amostra de 7.491 estudantes aninhados em 421 salas de aula em 77 escolas. No início da implementação do programa, as crianças estavam entre o 4º e 6º ano (idade média 11,3 anos). Os efeitos do KiVa na diminuição da prática de bullying foi assim mediado: junto ao estudante, conforme as atitudes antibullying e as percepções a respeito dos pares; junto aos professores, conforme as atitudes em relação à intimidação; na sala de aula, conforme o autorrelato e o relato dos pares, as atitudes foram mediadas pela percepção

coletiva dos alunos em relação à atitude dos professores frente ao bullying (SAARENTO et al., 2015).

No estudo para avaliar eficácia do programa antibullying *whole-school*, a amostra aleatória foi constituída de dados de autorrelato de estudantes do 4º ao 6º ano de 77 escolas finlandesas (39 no grupo intervenção e 38 no grupo controle) ao longo de 12 meses. Os resultados demonstraram que o programa *whole-school* foi particularmente eficaz no sentido de facilitar a percepção de um clima escolar de inquietação entre os estudantes vitimizados antes da intervenção. Os efeitos da intervenção sobre a depressão e a autoestima foram significativos entre os alunos do 6º ano mais vitimizados, sugerindo que os programas antibullying destinados a melhorar a ecologia da escola podem aliviar a situação dos vitimizados (JUVONEN et al., 2016).

Outro programa de prevenção antibullying baseado na teoria cognitivo-comportamental consistiu no *Rational Emotive Behavioral* (REBE) e no *Viennese Social Competence* (Visc). O programa REBE foi fundamentado na teoria comportamental racional emotiva com nove lições para alunos. O Visc foi baseado na teoria da aprendizagem social e compreendeu 10 aulas. A ordem dos programas foi experimentalmente manipulada, isto é, o REBE-Visc foi implementado em cinco escolas com 14 aulas, enquanto o Visc-REBE foi implementado em seis escolas, com 9 ou 11 aulas. Os dados foram coletados durante um ano. As emoções (abertas e internalização da raiva), as cognições (aprendizagem e qualificações) e os comportamentos (perpetração e vitimização) foram mensurados por meio de autorrelatos. As análises revelaram que os efeitos diferiram dependendo da ordem dos programas. A condição REBE-Visc foi mais eficaz na mudança das emoções negativas do que a condição Visc-REBE. As condições experimentais foram eficazes na redução de pensamentos disfuncionais, ao passo que nenhuma mudança comportamental foi observada no grupo experimental Visc-REBE em comparação ao grupo controle sem intervenção. Para melhorar a eficácia do programa em relação às mudanças comportamentais, recomenda-se a utilização de uma abordagem *whole-school*, com a inclusão dos professores (TRIP et al., 2015).

O programa sócio-emocional de base escolar, que abordou conflitos interpessoais e ensinou gestão de emoção, reduziu a agressividade entre os jovens do ensino fundamental (ESPELAGE et al., 2015). Os professores implementaram 28 aulas para o 6º e o 7º ano que incidiram sobre as habilidades de aprendizagem sócio-emocional. Todos os alunos do 6º ano (n=3.658) completaram medidas de avaliação de autorrelato sobre bullying (agressão, apelidos homofóbicos, xingamentos e assédio sexual) em três fases. Análises multinível

revelaram que a intervenção foi significativa para a diminuição de bullying em dois dos sete desfechos: 56% menos propensão em chamar de apelidos homofóbicos e 39% menos propensão em perpetrar violência sexual do que os estudantes do grupo controle (ESPELAGE et al., 2015).

Com objetivo de explorar a eficácia da implementação da prevenção Web Quest bullying virtual, um estudo incluiu 61 alunos do 7º ano. O grupo experimental (n=30) recebeu oito sessões (total de 360 minutos) de ensino e intervenção por quatro semanas consecutivas, enquanto o grupo controle (n=31) não se envolveu em quaisquer cursos relacionados. Foi utilizado questionário de autorrelato para conhecimento de atitudes e intenções do aluno em relação à prevenção de cyberbullying. Os resultados mostram que o curso Web Quest aumentou de maneira imediata e eficaz o conhecimento acerca do cyberbullying, reduzindo as intenções de praticá-lo e mantendo os efeitos após a aprendizagem. Contudo, não produziu impacto significativo na atitude em relação ao cyberbullying. Além disso, o estudo apresentou limitações devido ao pequeno tamanho da amostra (LEE et al., 2013).

O *Youth-Led Program* (YLP) consiste em um projeto manualizado, em que alunos do 7º e 8º ano recebem duas apresentações em sala de aula, sendo liderados por dois representantes dos jovens (um de cada sexo). Foram realizadas 16 sessões de 45 minutos cada após o turno escolar, monitoradas por profissionais de saúde mental. Os dois líderes YLP conduziram as sessões de sala de aula e o professor não participou dos encontros. Os resultados indicam que a prevenção dirigida por jovens é uma abordagem eficaz para combater agressão entre os pares em ambientes escolares, trazendo mudanças no conhecimento a respeito do assunto, nas atitudes e no ajustamento emocional (CONNOLLY et al., 2015).

O *Fairplayer Manual Bullying Prevention Program* também obteve sucesso em reduzir o comportamento de bullying com base nos métodos cognitivo-comportamentais, sediado na escola, para intervenção entre estudantes do ensino médio. O programa contém vários mecanismos operacionais para abordar a complexidade social do comportamento de bullying. Visa conscientizar estudantes sobre o bullying e modificar suas atitudes relativas a esse comportamento, aumentando-lhes o sentido de responsabilidade. Assim, o programa abordou com sucesso tanto as habilidades individuais quanto os mecanismos sociais, demonstrando o efeito desejado de reduzir as oportunidades contextuais para a ocorrência de bullying (WÖLFER; SCHEITHAUER, 2014).

Em outro estudo, os mesmos autores introduziram a prevenção do cyberbullying com base na teoria comportamental *Media Heroes* (em alemão: *Medienhelden*). Trata-se de um programa que tem como alvo estudantes de nível médio e é implementado por professores treinados (8 horas em 2 dias) no currículo regular. Por ser implementado dessa forma, desenvolve-se em um ambiente de aprendizagem familiar, garantindo a atenção dos alunos. A amostra do estudo incluiu um grupo de jovens que participou da versão longa (n=194,33%), um grupo que participou da versão curta (n=104,18%) e um grupo controle em tratamento (n=295,50%). O resultado confirmou que o programa é uma intervenção eficaz, principalmente no grupo da versão longa de nove meses (WÖLFER; SCHEITHAUER, 2014).

O cyberprogram 2.0 é um programa de intervenção com o objetivo de avaliar os efeitos das condutas de bullying, cyberbullying e a empatia, por meio de 19 sessões de uma hora realizada durante o período escolar. As atividades continham quatro objetivos: identificar e conceitualizar o cyberbullying; analisar as consequências; promover a capacidade de crítica e de denúncia; desenvolver estratégias de enfrentamento. Os resultados indicaram que o escore da variável dependente (bullying, cyberbullying e empatia) no pós-teste foi significativamente diferente, sendo que no grupo intervenção houve diminuição de vários indicadores de bullying e cyberbullying e aumento da empatia. O tamanho de efeito foi pequeno em termos de vitimização, cyberbullying e empatia, porém o efeito foi moderado no comportamento como agressor e como vítima-agressor (GARAIGORDOBIL; MARTÍNEZ-VALDERREY, 2015).

Outro estudo examinou os efeitos dos sintomas depressivos, das atitudes antissociais e da empatia na prática de bullying durante a transição do ensino fundamental para o ensino médio entre 1.077 estudantes. O programa de prevenção foi o *Youth Matters* (YM), uma intervenção em sala de aula que promove o desenvolvimento saudável de crianças e jovens através do ensino de habilidades sociais e cognitivas, incentivando relações positivas entre os alunos e criando normas pró-sociais em sala de aula e na escola. A intervenção apresentou um impacto positivo nos alunos do grupo de YM durante a mudança para o ensino médio. Os agressores no ensino fundamental com níveis mais elevados de sintomas depressivos tiveram maior probabilidade do que outros alunos de passar para um estado de não envolvido no 1º ano do ensino médio. O resultado foi semelhante para os estudantes com atitudes antissociais que apresentavam menor probabilidade de atingir o estado de não envolvido na transição para o ensino médio (WILLIFORD; BOULTON; JENSON, 2014).

Um estudo incluiu 124 professores do Reino Unido que foram capacitados em uma abordagem específica cognitivo-comportamental denominada *I Decide Program*. A capacitação ocorreu da seguinte forma: 35 (28,2%) participaram de uma oficina de meio-dia, 31(25,0%) participaram de um workshop de um dia, 30 (24,2%) participaram de um workshop de dois dias e 28 (22,6%) participaram de um workshop de três dias. O impacto positivo do programa refletiu-se na eficácia percebida e nas crenças de autoeficácia dos docentes que realizaram a capacitação mais longa de três dias. O estudo concluiu que os professores que modificaram a autoeficácia tendem a ser mais eficazes na luta contra o bullying (BOULTON, 2014).

O *Steps to Respect: a bullying prevention program* (STR) é baseado em um modelo social ecológico de prevenção para aumentar a consciência e a capacidade de resposta da equipe escolar. O STR adota crenças socialmente responsáveis entre os estudantes e ensina habilidades sociais e emocionais para reduzir o bullying. Foram coletados dados sobre adesão e engajamento nas salas de aula de uma amostra de professores, e o desfecho de bullying escolar foi coletado entre 1.424 alunos. Os resultados indicaram que os níveis mais altos de envolvimento no programa estavam relacionados a níveis mais baixos de problemas de bullying escolar e melhor clima escolar. Os resultados sugerem que o envolvimento dos alunos nos programas antibullying é um elemento essencial para o impacto no desfecho (LOW et al., 2014).

Também foram encontrados três estudos que envolveram pais e professores, além de alunos. Um deles examinou os efeitos de uma intervenção familiar na vitimização e no sofrimento emocional de crianças que são vítimas de bullying por pares. A intervenção, denominada Resiliência Triplo P, combinou um facilitador para o ensino de habilidades sociais e emocionais relevantes para o desenvolvimento de relações e para a resolução de problemas com os pares. Foi realizado um estudo randomizado com 111 famílias que relataram bullying crônico de crianças entre 6 a 12 anos. As famílias foram alocadas aleatoriamente para o grupo intervenção Resiliência Triplo P (RTP) ou para um grupo controle (GC). As avaliações envolvendo crianças, pais e professores foram conduzidos antes da intervenção, três meses e nove meses para o seguimento. As famílias que realizaram a intervenção RTP apresentaram melhora significativamente maior do que as famílias do grupo controle com referência à vitimização, à angústia da criança e às relações familiares. Contudo, as famílias em ambas as condições mostraram melhorias significativas na maior parte das variáveis ao longo do tempo, incluindo relatórios de bullying na última semana. O estudo

demonstrou que as intervenções familiares podem reduzir a vitimização e reforçar os esforços da escola para lidar com o bullying (HEALY; SANDERS, 2014).

O programa antibullying desenvolvido na Grécia envolveu 11 oficinas semanais de 90 minutos, realizadas em sala de aula, com o objetivo de aumentar a consciência sobre bullying e a empatia para com as vítimas. Os resultados indicaram que houve uma diminuição significativa no comportamento de bullying após a intervenção: especialmente na vitimização houve uma redução de 55,4% e nos tipos combinados de 66,7% (TSIANTIS et al., 2013).

O *Gatehouse Project* baseou-se em teorias sociais de apoio e no modelo de desenvolvimento social, uma teoria que leva em conta ambos os fatores de risco e influências protetoras na comunidade de jovens, escola, família e colegas. A intervenção fundamentou-se em uma compreensão dos processos de risco para a saúde mental dos adolescentes, como ambientes sociais de isolamento, dificuldades em lidar com os desafios e tensões. Os principais objetivos da intervenção eram aumentar os níveis de bem-estar emocional e, portanto, reduzir as taxas de abuso de substância (HAWE et al., 2015).

Em relação ao bullying, os alunos foram classificados como agressores se respondessem “sim” para qualquer um dos quatro itens de vitimização recente. Com o *Gatehouse*, não houve redução estatisticamente significativa dos sintomas depressivos ou do comportamento de bullying, embora a tendência tenha sido nessa direção. Entre as meninas, houve uma diminuição significativa do consumo de substâncias (46% de redução relativa), da prática de relações sexuais desprotegidas (61% de redução relativa) e da ocorrência de problemas de saúde (73% de redução relativa). A hipótese é de que a intervenção ative os processos de mudança que interagem com o contexto, impactando os riscos de modo diferente (HAWE et al., 2015).

Enfim, observa-se que os estudos apresentaram delineamento robusto, com inclusão da amostra de acordo com o proposto pelo protocolo. Contudo, verifica-se que os mesmos programas antibullying foram aplicados de diferentes maneiras entre os estudos. Embora o efeito relacionado ao bullying tenha sido positivo na maioria deles, não há uma homogeneidade nos resultados, o que dificulta comparações.

3.5 Programa Saúde na Escola

O Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde. Sua finalidade é contribuir para a

formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. As ações previstas abrangem avaliação psicossocial, redução da morbimortalidade por acidentes e violência, prevenção e redução do consumo de álcool ou de outras drogas (BRASIL, 2007).

Recentemente, as instâncias governamentais no Brasil reconheceram que a saúde mental de crianças e de jovens é uma questão de saúde pública, devendo integrar-se ao conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS) – responsável pelo desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira. É nesse contexto que a escola tem-se destacado na prevenção e na identificação das situações de risco e de suporte a crianças e adolescentes com problemas de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que aderiram o PSE realizam visitas periódicas e permanentes às escolas localizadas na área de abrangência, para avaliar as condições de saúde dos educandos e proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades identificadas (DEMARZO; AQUILANTE, 2008). De modo semelhante, as equipes de ESF podem contar com o apoio dos profissionais da educação, buscando instrumentalizar-se sobre o uso de ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde (BRASIL, 2007).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem permear todas as atividades desenvolvidas, tais como: diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular integrado; formação permanente de professores e funcionários; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas; difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Estudos de avaliação de resultados de intervenções antibullying vinculado a escolas públicas no Brasil são escassos, o que justifica a presente pesquisa, cujo método e resultados serão descritos a seguir.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa sobre avaliação de resultados de serviços de enfermagem e de saúde de maneira mais global (POLIT; BECK, 2011). O delineamento utilizado foi um quase-experimento, no qual o investigador aplica uma intervenção e avalia os efeitos sobre os desfechos comparados a um grupo controle (GRADY; HEARST, 2008).

4.1 População e Amostra

A Secretaria Municipal de Educação forneceu uma lista de nove escolas de diferentes bairros de Porto Alegre que aderiram ao PSE. As escolas foram visitadas por membros do grupo de pesquisa para que se apresentasse a proposta do projeto de pesquisa. Entre as escolas interessadas em participar do estudo realizou-se o sorteio em 2014 para determinar aquelas que seriam o grupo intervenção e o grupo controle.

A população do estudo foi composta por 1.602 alunos das turmas do 5º ao 9º ano do diurno de quatro escolas da rede pública de ensino. Os critérios de inclusão e exclusão foram mantidos conforme consta no projeto maior. Para os alunos, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: ter idade entre 10 a 17 anos, ser de ambos os sexos, estar matriculados nas escolas selecionadas e estar presente em sala de aula nos dias de coleta de dados. Como exclusão para os alunos foi considerada apresentar diagnóstico conhecido pela escola de déficit cognitivo ou de transtorno global do desenvolvimento e não ter preenchido os instrumentos na etapa inicial do projeto.

O tamanho da amostra para o projeto atual foi calculado pelo Programa WINPEPI versão 11.43, com base nos escores do estudo psicométrico do Questionário de Bullying (QB) (GONÇALVES et al., 2016). Considerou-se, para um poder de 90% e nível de significância de 0,05, o desvio-padrão de 3,78, com diferença esperada de 1,6, uma amostra mínima calculada de 238 indivíduos por escola. Prevendo uma perda de 15%, foram necessários 280 indivíduos para cada grupo. Tendo em vista que a média por escola era de 250 alunos do 5º ao 9º ano, foram sorteadas duas escolas para o grupo intervenção e duas para o grupo controle.

4.2 Instrumentos

Os componentes da equipe de pesquisa foram estudantes de graduação e pós-graduação de enfermagem, psicologia e psiquiatria. Todos os membros da equipe realizaram capacitações para a aplicação dos instrumentos que foram aplicados em sala de aula um mês antes e dois meses após a intervenção ao longo de 2014 e 2015. Na escola controle, os instrumentos aplicados e o intervalo de tempo foram os mesmos que no grupo intervenção.

Para o projeto maior, foi elaborado um protocolo estruturado de coleta de dados sociodemográficos e de desempenho escolar dos alunos, que é o mesmo utilizado neste estudo. Os dados que constaram no instrumento incluíram identificação, idade, sexo, composição familiar e informações sobre o desempenho escolar (APÊNDICE A).

O comportamento de bullying foi avaliado com o QB, composto por 23 itens de autorrelato sobre a prática de bullying e 23 itens sobre vitimização, considerando-se os últimos 30 dias (GONÇALVES et al., 2016). 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, foi analisado o constructo unidimensional e de confiabilidade das versões vítima e agressor (GONÇALVES et al., 2016). Os resultados indicaram confiabilidade satisfatória ($\alpha > 0,85$), e o melhor modelo de categoria de resposta para as ambas as versões para cada item permaneceu como (1) “Nunca”, (2) “Uma ou duas vezes no mês”, (3) “Uma ou mais vezes por semana” (ANEXO A e B). Também é possível utilizar as versões do QB para definir a forma de prática de bullying direto físico (9 itens), direto verbal (8 itens) e indireto (6 itens) (VIZINI, 2017). Assim, quanto maior o escore, maior será o envolvimento com a prática de bullying, conforme o tipo (agressor, vítima e vítima-agressor) e a forma (direto físico, direto verbal e indireto).

O Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C) é um instrumento de triagem para problemas de saúde mental aplicado a crianças e adolescentes e está validado para o Brasil (GOODMAN; MELTZER; BAILEY, 1998). Compõe-se de autorrelato e fornece hipóteses diagnósticas de prováveis problemas de saúde mental. Sua finalidade é medir comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) entre crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 17 anos. O questionário é composto por 25 itens que correspondem a 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 (ANEXO C).

O *Affective Reactivity Index* – versão criança (ARI-C) de autorrelato é composto por sete questões e está validado para o Brasil (DE SOUSA 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: limiar da reação de raiva, frequência de sentimentos ou comportamentos de raiva e sua duração (ANEXO D). A consistência interna mostrou-se excelente, variando de 0,92 (versão para pais) e 0,88 (autoavaliação – filhos).

4.3 Intervenção

A proposta baseou-se em um modelo de intervenção breve, aplicado em toda a escola e fundamentado na revisão da literatura (VREEMAN; CARROLL, 2007; KÄRNÄ et al., 2011). As escolas do grupo intervenção contaram com as seguintes atividades propostas e realizadas pela equipe de pesquisa que foi capacitada para a intervenção:

Alunos de 5º ao 9º ano – a intervenção foi previamente agendada com a escola. O grupo de pesquisa divulgou o projeto através de cartazes (APÊNDICE B), indicando a data de início das atividades. As etapas seguintes foram desenvolvidas em dois encontros com o objetivo de trabalhar com questões relacionadas a bullying, preconceito e vitimização:

- O primeiro encontro abordou questões relacionadas a situações vivenciadas. Organizou-se inicialmente a Dinâmica da Linha Divisória. Com uma fita, delimitou-se uma linha divisória no chão da sala de aula. Todos os alunos ficaram de um lado da sala e, à medida que o coordenador fazia as perguntas, os alunos eram orientados a mover-se para o outro lado da fita, caso tivessem vivenciado tal situação. As perguntas versavam sobre experiências relacionadas a bullying, preconceito e julgamento, tais como: “Você já se sentiu maltratado/humilhado por causa da cor de sua pele”? À medida que as perguntas fossem feitas, todos que respondiam “sim” moviam-se para o outro lado da linha divisória. Após essa etapa, formaram-se grupos de 6 a 8 alunos que, com a ajuda de um mediador (membro da equipe de pesquisa), discutiam sobre os sentimentos relacionados

às situações vivenciadas. Posteriormente, foi aberta uma discussão sobre o julgamento, o preconceito e a maneira como tudo isso ocorre, momento em que aprendemos a respeito de tais comportamentos. Nessa ocasião, entregou-se o fôlder educativo com informações sobre o tema bullying (APÊNDICE C) e orientou-se que os alunos mostrassem aos pais.

- No segundo encontro com cada turma, foram estabelecidas as principais regras sobre o que é aceitável e o que não é, visando exercitar a habilidade social de civilidade e empatia.

Professores e direção da escola – os encontros foram pré-agendados com a equipe diretiva, conforme cronograma de reuniões pedagógicas da escola. Foram realizados dois encontros em cada turno letivo (manhã e tarde), seguindo a mesma temática e metodologia realizada com os alunos.

Os objetivos foram sensibilizar professores para a situação pela qual seus alunos podem estar passando – seja como vítimas, seja como agressores – e explicar diferenças conceituais sobre bullying e outros tipos de violência ou comportamento delinquente. As atividades com os professores foram realizadas antes das intervenções com os alunos.

- No primeiro encontro, realizou-se a atividade da Dinâmica da Linha divisória, aplicada de forma semelhante à dos alunos. Foram discutidas as diferenças entre os diversos comportamentos indesejáveis (bullying, agressividade, delinquência) e o modo como cada um afeta a formação da personalidade.
- No segundo encontro, com o objetivo de capacitar professores a identificar situações de bullying e a manejar a situação de maneira adequada, ocorreu uma aula expositiva, com abertura para os professores presentes formularem perguntas. Nesse encontro, entregou-se o mesmo folder que havia sido distribuído aos alunos e discutiram-se as diferentes motivações dos comportamentos e formas eficientes de seu manejo em sala de aula.

4.4 Análise dos Dados

Os dados foram descritos em média e de desvio padrão para variáveis contínuas com distribuição normal e mediana e intervalo interquartil para variáveis assimétricas. As variáveis categóricas apresentadas em frequência absoluta e percentual. Para verificar a associação entre as características sociodemográficas, de temperamento, de problemas de saúde mental e os escores de bullying, foi utilizado o teste qui-quadrado ou Exato de Fisher, teste t ou Mann-Whitney, conforme distribuição verificada através do teste de Shapiro-Wilk.

Para a mensuração do bullying, foram considerados os escores totais do QB-agressor e o total do QB-vítima, conforme o estudo psicométrico de constructo unidimensional do questionário (GONÇALVES et al., 2016). A categorização dos tipos de bullying foi definida segundo a média dos escores da versão vítima e agressor do QB, sendo assim classificados: não envolvido (baixos escores de vítima e baixos escores de agressor); exclusivamente agressor (baixos escores de vítima e altos escores de agressor); exclusivamente vítima (altos escores de vítima e baixos escores de agressor) e vítima-agressor (altos escores de vítima e altos escores de agressor). As diferentes formas de bullying foram especificadas com base no modelo de três fatores do QB, definidos como direto físico, direto verbal e indireto (VIZZINI, 2017).

Para verificar o resultado da intervenção, primeiramente foram calculados os coeficientes angulares iniciais (B_i) da relação entre variáveis de temperamento e problemas de saúde mentais e os escores totais e fatores do QB usando a análise *Generalized Linear Models* (GLM). O modelo foi ajustado por sexo e série escolar. Utilizou-se uma distribuição gamma com função ligada à identidade. A seguir, foram comparados os grupos intervenção e controle em relação aos escores totais e aos fatores pelo teste de Mann-Whitney.

Para analisar a intervenção entre os tempos, realizou-se a comparação dos efeitos dessas duas variáveis e o efeito da interação (grupo*tempo). Nesse caso, utilizou-se o modelo de *Generalized Estimating Equations* (GEE) com uma matriz de correlação de trabalho não estruturada, uma matriz de covariância de estimador robusto, uma distribuição gamma com função ligada à identidade. Para o teste *post-hoc*, aplicou-se a comparação múltipla de Bonferroni. Essas análises foram controladas para as seguintes variáveis: sexo, série escolar e repetência. As análises foram finalizadas calculando-se os coeficientes angulares finais (B_f) via GLM, com os mesmos ajustes para sexo e série escolar.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico PASW, versão 18.0 (SPSS, 2009). O nível de significância adotado foi de 0,05.

4.5 Aspectos Éticos

O presente projeto de pesquisa está de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012) e foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS como proponente e o CEP da

Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre como coparticipante via Plataforma Brasil (CAEE 19651113.5.3001.5347; ANEXO E).

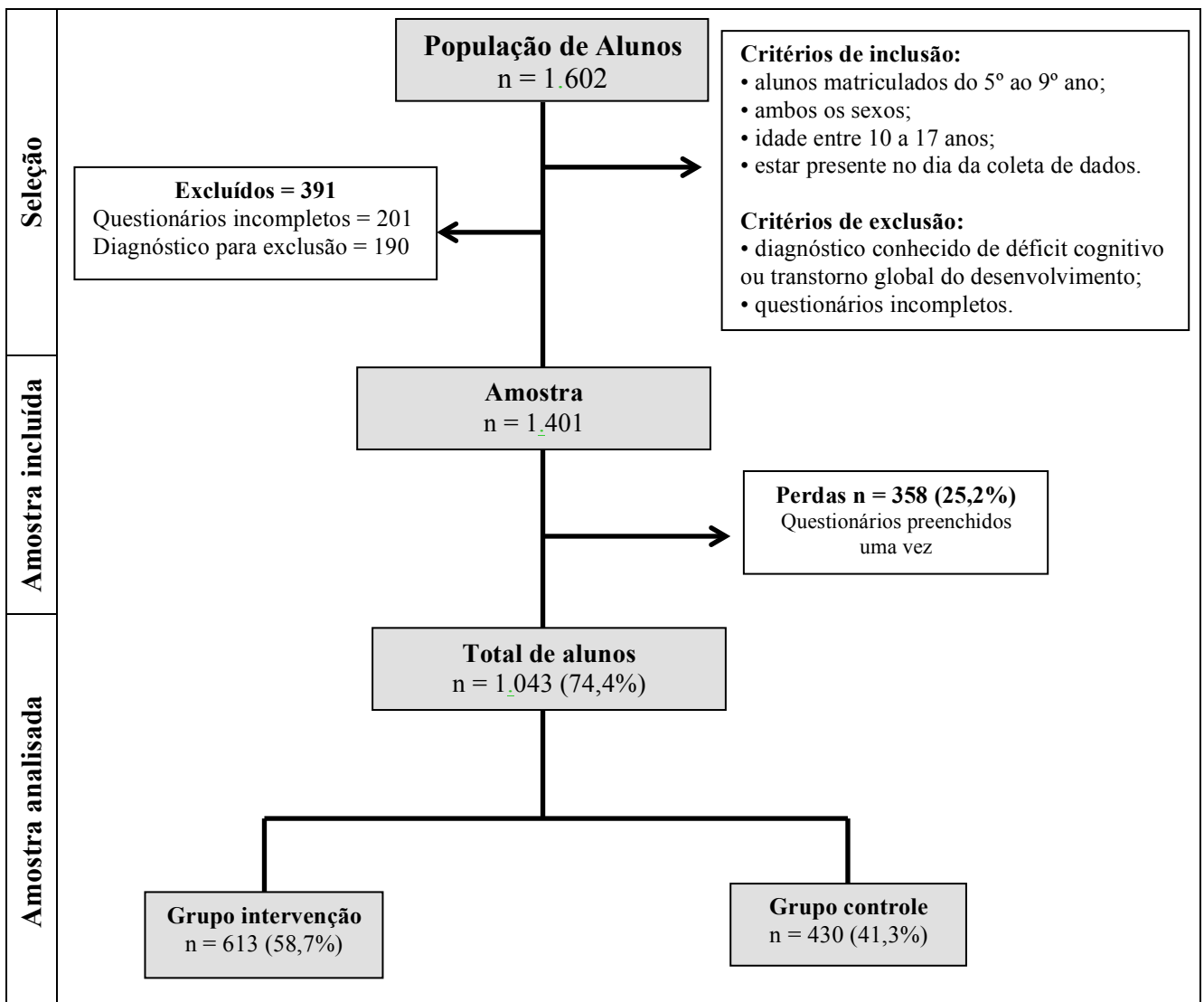
Os pais ou responsáveis receberam um termo de dissentimento (APÊNDICE D), com o prazo de sete dias para manifestar-se caso não autorizassem a participação dos filhos no estudo. Os alunos que aceitaram participar do estudo assinaram um termo de assentimento (APÊNDICE E). No projeto maior consta que, nos casos de alunos identificados com alguma psicopatologia, os pais foram informados da condição detectada e orientados sobre tratamento, se necessário.

Para os casos de violência condizentes com abusos físico, sexual, psicológico ou negligência, foi previsto o encaminhamento para avaliação na UBS da respectiva área de abrangência da escola.

5 RESULTADOS

O total de alunos incluídos no estudo foi de $n=1.401$ e o fluxo da amostra está apresentado na Figura 2. Foram excluídos da análise 358 (25,2%) alunos por terem preenchido os instrumentos somente em um dos momentos da coleta.

Figura 2 – Fluxo da amostra incluída no estudo



Fonte: dados da pesquisa.

5.1 Características Gerais da Amostra

As características gerais da amostra (n=1.043) na primeira coleta (dados basais) estão apresentadas na Tabela 3. Observa-se o predomínio da etnia branca entre 481 (46,8%) dos alunos e o fato de a maioria nega ter repetido de ano (61,3%), além de ter passado por situações de suspensão ou expulsão da escola (93,5%).

Tabela 3 – Caracterização geral da amostra e associação com bullying vítima e agressor

Variáveis	Total n=1.043	Bullying [§]			
		Vítima	p	Agressor	p
Sociodemográficas					
Sexo*					
Feminino	526 (50,4)	28,19 [24,41; 32,29]	0,066	24,88 [22,42; 28,49]	<0,001
Masculino	517 (49,6)	29,05 [24,75; 32,57]		26,89 [22,68; 29,82]	
Idade**	12,58 (1,62)	28,59 [24,59; 32,37]	0,020	26,00 [22,43; 29,20]	0,001
Etnia*#					
Branca	481 (46,8)	28,60 [24,53; 32,51]	0,854	26,13 [22,43; 28,74]	0,024
Parda	257 (25,0)	28,62 [24,59; 32,20]		26,46 [22,43; 29,64]	
Negra	240 (23,4)	28,49 [24,47; 32,24]		26,67 [22,43; 29,35]	
Outros	49 (4,8)	29,13 [25,32; 33,09]		27,75 [22,43; 31,33]	
Desempenho Escolar					
Repetência*					
Sim	403 (38,7)	28,76 [24,76; 32,03]	0,869	26,76 [22,43; 29,78]	0,003
Não	638 (61,3)	28,54 [24,43; 32,48]		25,25 [22,43; 28,80]	
Expulsão/suspensão*##					
Sim	67 (6,5)	30,51 [24,83; 32,97]	0,017	29,75 [26,71; 31,48]	<0,001
Não	966 (93,5)	28,54 [24,59; 32,29]		25,72 [22,43; 28,90]	
Turma					
5º e 6º ano	470(45,1)	28,75 [24,76; 32,75]	0,122	25,17 [22,43; 29,06]	0,004
7º a 9º ano	573(54,9)	28,44 [24,43; 32,03]		26,30 [22,43; 29,42]	

Fonte: dados da pesquisa.

* Variáveis categóricas apresentadas em frequência (porcentagem) e analisadas com teste Mann-Whitney.

** Variável contínua apresentada em média (desvio padrão) e analisada com correlação de Spearman.

§ Escores de bullying apresentados em mediana e intervalo interquartil.

Outros: indígena e asiáticos. Não se autodeclararam n=16 (1,5%).

Não responderam n=10.

Verificou-se associação significativa entre maiores escores de bullying agressor e ser do sexo masculino, de etnia autodeclarada como indígena ou asiática e das turmas mais avançadas, entre o 7º e o 9º ano. Entre os maiores escores tanto de vítima quanto de agressor, a associação significativa foi entre história de expulsão ou suspensão. Observou-se correlação negativa fraca com maiores escores de vítima e menor idade ($r=-0,072$) e positiva com o escore de agressor ($r=0,100$).

De acordo com os critérios de categorização dos tipos de bullying, constatou-se que 395 (37,9%) dos adolescentes não apresentavam envolvimento com bullying, 146 (14%) estavam envolvidos exclusivamente como agressores, 163 (15,6%) exclusivamente como vítimas e 339 (32,5%) como vítimas-agressores.

Para verificar a relação do bullying na amostra geral com as características de temperamento e problemas de saúde mental, foi considerado tanto o tipo (agressor e vítima) quanto a forma (direto físico, direto verbal e indireto) de comportamento de bullying. Observa-se que houve associação significativa com o temperamento irritado e as diferentes formas de bullying como agressor e vítima, sobretudo no escore total e na forma direto verbal (Tabela 4).

Também houve associação entre bullying e problemas com saúde mental, verificada com o SDQ, conforme os dados apresentados na Tabela 4. Observa-se que o escore total das vítimas de bullying apresentou associação significativa aos domínios do SDQ, com exceção da conduta ($B=0,16$). Salienta-se que as maiores pontuações com o domínio de relacionamento foi o que apresentou maior relação como escore total de bullying vítima ($B=0,52$). Considerando-se as diferentes formas de vítima, o direto físico apresentou relação com o maior problema com o domínio relacionamento ($B=0,18$), não sendo significativo no domínio pró-social ($B=0,05$). Na forma de vítima direto verbal, o domínio relacionamento foi o problema com maior interferência ($B=0,37$), sendo o domínio conduta não significativo ($B=0,02$). No bullying indireto houve relação com todos os domínios, sendo maior com problema de relacionamento ($B=0,24$).

O bullying agressor apresentou associação significativa com o domínio conduta, sendo o que mais interfere para um maior escore total de bullying ($B=0,30$). Por outro lado, o domínio pró-social ($B=-0,08$) e das emoções ($B=-0,01$) não foi significativo com escore total de bullying agressor.

Em relação às diferentes formas, o agressor direto físico apresentou maior interferência no domínio conduta ($B=0,17$), sendo que os domínios emoções ($B=-0,01$),

relacionamento ($B=-0,04$) e pró-social ($B=-0,01$) não foram significativos. No agressor direto verbal, também foram os problemas no domínio conduta que apresentaram maior interferência ($B=0,18$). Os domínios emoções ($B=-0,02$), relacionamento ($B=-0,04$) e pró-social ($B=-0,02$) apresentam uma relação inversa, embora apenas o domínio relacionamento tenha sido significativo no que diz respeito ao escore total de bullying ($B=-0,14$), ou seja, quanto maior o escore nesse domínio, maior o escore total de bullying. No bullying indireto houve influência significativa no domínio conduta ($B=0,10$), ao passo que, nos demais domínios, não houve associação significativa.

Tabela 4 – Análise do temperamento e dos problemas de saúde mental basais, considerando-se o desfecho bullying

	Score Total			Direto Físico			Direto Verbal			Indireto		
	B _i [IC95%]	p*		B _i [IC95%]	p*		B _i [IC95%]	p*		B _i [IC95%]	p*	
Bullying Vítima*												
Temperamento**												
Irritabilidade	0,26 [0,15; 0,37]	<0,001		0,12 [0,09; 0,16]	<0,001		0,21 [0,15; 0,26]	<0,001		0,16 [0,11; 0,20]	<0,001	
Problemas de Saúde Mental***												
Emoções	0,28 [0,14; 0,43]	<0,001		0,09 [0,04; 0,14]	<0,001		0,16 [0,08; 0,23]	<0,001		0,10 [0,04; 0,16]	0,001	
Conduta	0,16 [-0,02; 0,34]	0,087		0,07 [0,01; 0,14]	0,033		0,02 [-0,07; 0,12]	0,594		0,08 [0,01; 0,16]	0,034	
Hiperatividade	0,28 [0,13; 0,43]	<0,001		0,08 [0,03; 0,14]	0,003		0,10 [0,03; 0,18]	0,009		0,09 [0,03; 0,15]	0,005	
Relacionamento	0,52 [0,36; 0,68]	<0,001		0,18 [0,13; 0,24]	<0,001		0,37 [0,29; 0,45]	<0,001		0,24 [0,18; 0,30]	<0,001	
Pró-social	0,21 [0,05; 0,37]	0,010		0,05 [-0,01; 0,11]	0,089		0,13 [0,05; 0,21]	0,002		0,10 [0,04; 0,16]	0,001	
Bullying Agressor*												
Temperamento**												
Irritabilidade	0,28 [0,20; 0,36]	<0,001		0,12 [0,09; 0,15]	<0,001		0,18 [0,14; 0,22]	<0,001		0,10 [0,08; 0,13]	<0,001	
Problemas de Saúde Mental***												
Emoções	-0,01 [-0,12; 0,09]	0,799		-0,01 [-0,05; 0,03]	0,715		-0,02 [-0,07; 0,04]	0,544		-0,02 [-0,05; 0,02]	0,350	
Conduta	0,30 [0,17; 0,44]	<0,001		0,17 [0,11; 0,22]	<0,001		0,18 [0,10; 0,25]	<0,001		0,10 [0,05; 0,15]	<0,001	
Hiperatividade	0,15 [0,04; 0,26]	0,006		0,07 [0,02; 0,11]	0,003		0,09 [0,03; 0,15]	0,002		0,03 [-0,01; 0,07]	0,125	
Relacionamento	-0,14 [-0,25; -0,02]	0,021		-0,04 [-0,09; 0,01]	0,091		-0,04 [-0,10; 0,02]	0,190		-0,01 [-0,05; 0,02]	0,457	
Pró-social	-0,08 [-0,20; 0,03]	0,159		-0,01 [-0,06; 0,03]	0,566		-0,02 [-0,08; 0,05]	0,623		-0,02 [-0,06; 0,01]	0,226	

Fonte: dados da pesquisa.

*Dados apresentados em média e intervalo de confiança 95%, análise realizada com Generalized Linear Models (GLM), distribuição gamma e função de ligação identidade. Modelo ajustado pelas variáveis série escolar e sexo.

Variáveis avaliadas com:

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

*** Affirmative Resactivity Index x – versão criança (ARI-C).

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

5.2 Resultado da Intervenção Antibullying

Após o sorteio entre as escolas, a amostra ficou constituída de 613 (58,8) alunos para o grupo intervenção e 430 (41,2%) para o grupo controle. As características e a comparação entre os grupos estão apresentadas na Tabela 5. Observa-se que houve diferença significativa entre os grupos em relação à repetência, sendo que foi maior no grupo controle ($p=0,017$). Nas demais variáveis não houve diferenças significativas entre os grupo.

Tabela 5 – Caracterização da amostra e comparação entre os grupos intervenção e controle

		Intervenção	Controle	p
		613 (58,8) n (%)	430 (41,2) n (%)	
Sociodemográficas				
Sexo*				
	Feminino	322 (52,5)	204 (47,4)	0,120
	Masculino	291 (47,5)	226 (52,6)	
	Idade**	12,51 (1,66)	12,69 (1,56)	0,088
Etnia*##				
	Branca	268 (44,4)	213 (50,2)	0,279
	Negra	147 (24,4)	93 (21,9)	
	Parda	162 (26,9)	95 (22,4)	
	Outros	26 (4,2)	23 (5,3)	
Desempenho Escolar				
Repetência*				
	Sim	218 (35,6)	185 (43,1)	0,017
	Não	394 (64,4)	244 (56,9)	
Expulsão/suspensão*###				
	Sim	38 (6,3)	29 (6,8)	0,823
	Não	569 (93,7)	397 (93,2)	

Fonte: dados da pesquisa.

* Variáveis categóricas apresentadas em frequência e porcentagem e analisadas com teste exato de Fisher ou Pearson.

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

Não se autodeclararam: 10 (1%) alunos do grupo intervenção e 6 (0,6%) do grupo controle.

Não responderam: 6 (0,6%) alunos do grupo intervenção e 4 (0,4%) do grupo controle.

Na Tabela 6, podemos verificar os resultados da comparação das variáveis bullying, temperamento e problemas de saúde mental entre o grupo intervenção e o controle no tempo inicial. Observa-se que o grupo controle apresenta um escore significativamente maior do bullying direto físico e direto verbal da vítima, assim como o bullying direto físico, direto verbal e o total do agressor quando comparado ao grupo intervenção.

Também no domínio conduta e no relacionamento foi observado maior escore no grupo controle. Porém, o domínio pró-social foi significativamente maior no grupo intervenção. Cabe salientar que a mediana dos escores não apresentou relevância clínica, mesmo nos resultados significativos em que a diferença foi observada pelo valor máximo.

Tabela 6 – Comparação no tempo basal das formas de bullying, temperamento e problemas de saúde mental

	Total			Intervenção			Controle			P*
	mediana [q1; q3]	min-máx	mediana [q1; q3]	min-máx	mediana [q1; q3]	min-máx	mediana [q1; q3]	min-máx		
Bullying* Vítima										
Direto físico	10,00 [9,00; 11,00]	9,00; 11,00	10,00 [9,00; 11,00]	9,00; 22,00	10,00 [9,00; 11,00]	9,00; 22,00	10,00 [9,00; 11,00]	9,00; 27,00	0,047	
Direto verbal	10,00 [8,00; 12,00]	8,00; 12,00	10,00 [8,00; 12,00]	8,00; 24,00	11,00 [9,00; 13,00]	8,00; 24,00	11,00 [9,00; 13,00]	8,00; 24,00	<0,001	
Indireto	7,00 [6,00; 9,00]	6,00; 9,00	7,00 [6,00; 9,00]	6,00; 18,00	7,00 [6,00; 9,00]	6,00; 18,00	7,00 [6,00; 9,00]	6,00; 18,00	0,235	
Total	28,59 [24,59; 32,37]	24,59; 32,37	28,33 [24,43; 32,24]	21,85; 42,89	29,10 [24,76; 32,48]	21,85; 42,89	29,10 [24,76; 32,48]	21,85; 52,96	0,138	
Bullying* Agressor										
Direto físico	9,00 [9,00; 10,00]	9,00; 10,00	9,00 [9,00; 10,00]	9,00; 25,00	9,00 [9,00; 10,00]	9,00; 25,00	9,00 [9,00; 10,00]	9,00; 26,00	0,046	
Direto verbal	9,00 [8,00; 10,00]	8,00; 10,00	9,00 [8,00; 10,00]	8,00; 23,00	9,00 [8,00; 11,00]	8,00; 23,00	9,00 [8,00; 11,00]	8,00; 24,00	0,011	
Indireto	6,00 [6,00; 7,00]	6,00; 7,00	6,00 [6,00; 7,00]	6,00; 15,00	6,00 [6,00; 7,00]	6,00; 15,00	6,00 [6,00; 7,00]	6,00; 16,00	0,967	
Total	26,00 [22,43; 29,20]	22,43; 29,20	25,36 [22,43; 28,80]	22,43; 36,26	26,30 [22,43; 29,67]	22,43; 36,26	26,30 [22,43; 29,67]	22,43; 37,51	0,022	
Temperamento**										
Irritabilidade	10,00 [8,00; 12,00]	8,00; 12,00	10,00 [8,00; 12,00]	7,00; 21,00	10,00 [8,00; 13,00]	7,00; 21,00	10,00 [8,00; 13,00]	7,00; 21,00	0,357	
Problemas de Saúde Mental***										
Emocional	3,00 [2,00; 5,00]	2,00; 5,00	3,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	3,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	3,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	0,393	
Conduta	2,00 [1,00; 4,00]	1,00; 4,00	2,00 [1,00; 3,00]	0,00; 9,00	2,00 [1,00; 4,00]	0,00; 9,00	2,00 [1,00; 4,00]	0,00; 26,00	0,002	
Hiperatividade	4,00 [2,00; 5,00]	2,00; 5,00	3,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	4,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	4,00 [2,00; 5,00]	0,00; 10,00	0,287	
Relacionamento	2,00 [1,00; 4,00]	1,00; 4,00	2,00 [1,00; 4,00]	0,00; 9,00	3,00 [1,00; 4,00]	0,00; 9,00	3,00 [1,00; 4,00]	0,00; 10,00	0,004	
Pró-social	8,00 [6,00; 9,00]	6,00; 9,00	8,00 [6,00; 9,00]	1,00; 19,00	7,00 [6,00; 9,00]	1,00; 19,00	7,00 [6,00; 9,00]	0,00; 10,00	0,002	

Fonte: dados da pesquisa.

* Dados apresentados pelas medianas e pelo intervalo interquartilico mais os valores mínimo-máximo. Análise: teste de Mann-Whitney. Variáveis avaliadas com:

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

*** Affective Reactivity Index – versão criança (ARI-C).

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

A Tabela 7 apresenta os resultados da intervenção antibullying. Nela se observa que não houve interação significativa entre intervenção*tempo, comparando-se os dados entre os grupos, ou seja, não houve efeito da intervenção ao longo do tempo. Nota-se que houve diferença do comportamento de vítima em relação aos tipos de bullying, considerando-se a intervenção e o tempo, com tendência à significância de interação do direto físico ($p=0,068$).

O bullying agressor foi significativo somente no efeito ao longo do tempo na forma direto físico, direto verbal e bullying indireto, apresentando média maior no segundo momento. Além disso, o efeito do tempo mostra uma média maior no segundo momento nas variáveis citadas, enquanto os alunos do grupo controle apresentaram escores maiores que os alunos do grupo intervenção. Contudo, a diferença da média dos escores não apresentou relevância clínica.

Tabela 7 – Resultado da intervenção antibullying, considerando-se as diferentes formas de bullying vítima e agressor

	Intervenção		Controle		Total		p-valor		
	Média	IC95%	Média	IC95%	Média	IC95%	Intervenção	Tempo	Interação
Bullying* Vítima									
Direto físico	Antes	10,31 [10,16; 10,46]	10,63 [10,42; 10,85]	10,47 [10,34; 10,61]	0,001	<0,001	0,068		
	Depois	10,56 [10,36; 10,76]	11,21 [10,85; 11,58]	10,89 [10,68; 11,10]					
	Total	10,44 [10,28; 10,59]	10,92 [10,67; 11,18]						
Direto verbal	Antes	10,54 [10,31; 10,77]	11,22 [10,92; 11,52]	10,88 [10,69; 11,07]	<0,001	<0,001	0,742		
	Depois	10,92 [10,63; 11,21]	11,67 [11,24; 12,10]	11,30 [11,03; 11,56]					
	Total	10,73 [10,50; 10,96]	11,45 [11,11; 11,78]						
Indireto	Antes	7,70 [7,53; 7,88]	7,98 [7,74; 8,21]	7,84 [7,69; 7,99]	0,047	0,005	0,760		
	Depois	7,90 [7,70; 8,11]	8,23 [7,91; 8,55]	8,07 [7,87; 8,26]					
	Total	7,80 [7,64; 7,97]	8,10 [7,85; 8,35]						
Total	Antes	28,46 [28,07; 28,85]	28,98 [28,50; 29,45]	28,72 [28,41; 29,03]	0,070	0,320	0,994		
	Depois	28,61 [28,20; 29,02]	29,12 [28,62; 29,63]	28,87 [28,54; 29,20]					
	Total	28,54 [28,18; 28,90]	29,05 [28,62; 29,48]						
Bullying* Agressor									
Direto físico	Antes	9,95 [9,80; 10,09]	10,07 [9,90; 10,24]	10,01 [9,89; 10,12]	0,162	0,001	0,556		
	Depois	10,15 [9,96; 10,35]	10,37 [10,09; 10,64]	10,26 [10,08; 10,43]					
	Total	10,05 [9,90; 10,20]	10,22 [10,02; 10,41]						
Direto verbal	Antes	9,53 [9,36; 9,70]	9,79 [9,59; 10,00]	9,66 [9,52; 9,80]	0,080	0,026	0,767		
	Depois	9,72 [9,51; 9,94]	9,94 [9,65; 10,23]	9,83 [9,65; 10,02]					
	Total	9,63 [9,45; 9,80]	9,87 [9,65; 10,09]						
Indireto	Antes	6,73 [6,62; 6,84]	6,77 [6,64; 6,91]	6,75 [6,66; 6,84]	0,284	0,025	0,378		
	Depois	6,80 [6,65; 6,95]	6,95 [6,76; 7,13]	6,87 [6,75; 6,99]					
	Total	6,77 [6,65; 6,88]	6,86 [6,73; 6,99]						
Total	Antes	26,31 [26,02; 26,60]	26,72 [26,37; 27,07]	26,52 [26,28; 26,75]	0,081	0,880	0,707		
	Depois	26,37 [26,06; 26,68]	26,69 [26,32; 27,07]	26,53 [26,28; 26,78]					
	Total	26,34 [26,07; 26,61]	26,71 [26,38; 27,03]						

Fonte: dados da pesquisa.

Avaliado com o * Questionário do Bullying (QB) – vítima e agressor.

Dados apresentados em média e intervalo de confiança (IC) 95%, análise realizada com Generalized Linear Models (GLM), distribuição gamma e função de ligação identidade. Modelo ajustado pelas variáveis sexo escolar e sexo.

As Tabelas 8 e 9 contêm os dados referentes a temperamento e problemas de saúde mental em relação ao desfecho bullying, considerando-se os grupos intervenção e controle no tempo final.

Podemos observar que a vítima (Tabela 8) no grupo intervenção apresenta diferenças significativas para maior irritabilidade no escore total de bullying (B=0,38), na forma direto físico (B=0,16), direto verbal (B=0,22) e indireto (B=0,18). Já em relação aos problemas de saúde mental, a associação com a vítima de bullying foi significativa no domínio relacionamento no escore total de bullying (B=0,30) na forma direto verbal (B=0,30) e indireto (B=0,17). No domínio pró-social, a significância incidiu no escore total (B=0,24), direto verbal (B=0,25) e indireto (B=0,14).

No grupo controle também foi significativo o domínio irritabilidade com o escore total de vítima de bullying (B=0,35), direto físico (B=0,17), direto verbal (B=0,33) e indireto (B=0,20). Nos problemas de saúde mental foi significativo o domínio emocional no escore total de bullying (B=0,38), direto físico (B=0,31), direto verbal (B=0,30) e indireto (B=0,26).

Tabela 8 – Análise do temperamento e dos problemas de saúde mental em relação à vítima de bullying, considerando-se os grupos intervenção e controle

Vítima	Escore Total		Direto Físico Intervenção		Direto Verbal		Indireto	
	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p
Temperamento**								
Irritabilidade	0,38 [0,22; 0,53]	<0,001	0,16 [0,09; 0,22]	<0,001	0,22 [0,13; 0,32]	<0,001	0,18 [0,11; 0,24]	<0,001
Problemas de Saúde Mental***								
Emocional	0,16 [-0,04; 0,36]	0,110	0,06 [-0,02; 0,14]	0,127	0,05 [-0,07; 0,17]	0,406	0,04 [-0,04; 0,13]	0,294
Conduta	0,03 [-0,27; 0,33]	0,825	0,09 [-0,02; 0,21]	0,121	0,05 [-0,13; 0,23]	0,583	0,05 [-0,07; 0,18]	0,402
Hiperatividade	0,13 [-0,09; 0,35]	0,235	0,04 [-0,05; 0,13]	0,358	0,13 [-0,01; 0,26]	0,066	0,09 [-0,01; 0,18]	0,071
Relacionamento	0,30 [0,07; 0,52]	0,010	0,07 [-0,01; 0,16]	0,101	0,30 [0,16; 0,43]	<0,001	0,17 [0,08; 0,27]	<0,001
Pró-social	0,24 [0,00; 0,47]	0,048	0,08 [-0,01; 0,17]	0,093	0,25 [0,11; 0,39]	<0,001	0,14 [0,04; 0,23]	0,006
	Controle							
Temperamento**								
Irritabilidade	0,35 [0,16; 0,53]	<0,001	0,17 [0,07; 0,27]	0,001	0,33 [0,20; 0,46]	<0,001	0,20 [0,10; 0,30]	<0,001
Problemas de Saúde Mental***								
Emocional	0,38 [0,13; 0,63]	0,003	0,31 [0,17; 0,45]	<0,001	0,30 [0,13; 0,47]	<0,001	0,26 [0,13; 0,39]	<0,001
Conduta	0,13 [-0,15; 0,41]	0,353	0,04 [-0,12; 0,20]	0,598	0,03 [-0,17; 0,24]	0,737	0,05 [-0,10; 0,21]	0,506
Hiperatividade	0,13 [-0,12; 0,37]	0,322	0,11 [-0,03; 0,25]	0,114	0,14 [-0,03; 0,31]	0,097	0,09 [-0,04; 0,22]	0,181
Relacionamento	0,04 [-0,23; 0,31]	0,794	-0,06 [-0,21; 0,09]	0,443	0,13 [-0,05; 0,32]	0,157	0,04 [-0,10; 0,18]	0,531
Pró-social	0,26 [0,00; 0,52]	0,054	0,07 [-0,08; 0,21]	0,375	0,16 [-0,02; 0,33]	0,074	0,10 [-0,03; 0,23]	0,143

Fonte: dados da pesquisa.

Dados apresentados em média e intervalo de confiança (IC) 95%, análise realizada com Generalized Linear Models (GLM), distribuição gamma e função de ligação identidade. Modelo ajustado pelas variáveis série escolar e sexo.

Dados analisados com:

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

** Affective Reactivity Index – versão criança (ARI-C).

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

Já para agressor do grupo intervenção (Tabela 9), a irritabilidade foi significativa no escore total de bullying ($B=0,21$), na forma direto físico ($B=0,11$), direto verbal ($B=0,15$) e indireto ($B=0,09$). Nos problemas de saúde mental, foi significativo o domínio conduta no escore total de bullying ($B=0,43$), direto físico ($B=0,26$), direto verbal ($B=0,26$) e indireto ($B=0,18$). O domínio hiperatividade foi associado à forma direto verbal ($B=0,13$) e o domínio relacionamento apresentou relação inversa com o bullying, tanto no escore total ($B=-0,22$) quanto no direto físico ($B=-0,08$) e direto verbal ($B=-0,14$). O domínio pró-social foi significativo no escore de bullying indireto ($B=-0,08$), ou seja, a cada unidade de aumento nesses domínios, diminui a ocorrência de bullying agressor.

O agressor do grupo controle apresentou associação significativa com a irritabilidade no escore total de bullying ($B=0,18$), direto físico ($B=0,13$) e direto verbal ($B=0,18$). Nos problemas de saúde mental, o domínio emocional foi significativo em relação à forma direto físico ($B=0,12$), enquanto na conduta a associação significativa ocorreu no escore total de bullying ($B=0,28$), na forma direto físico ($B=-0,14$) e indireto ($B=0,10$). No domínio hiperatividade, a associação foi significativa em relação ao escore total de bullying ($B=0,23$), direto verbal ($B=0,19$), indireto ($B=0,13$) e no domínio relacionamento no escore total de bullying ($B=-0,25$) e direto físico ($B=-0,17$), apresentando uma relação negativa.

O coeficiente linear com maior diferença nas vítimas de bullying foi o do temperamento irritável, dos domínios relacionamento e pró-social no grupo intervenção e temperamento irritável e domínio emoções no grupo controle. Para o agressor, o coeficiente linear que mais influenciou o grupo intervenção foi o domínio conduta e relacionamento e, no grupo controle, foi o temperamento irritável e os domínios conduta, hiperatividade e relacionamento, sendo uma relação inversa neste último. A vítima demonstra ter maior relação com o domínio relacionamento e o agressor com o domínio conduta, sendo que ambos apresentam relação com temperamento irritado.

Tabela 9 – Análise do temperamento e dos problemas de saúde mental em relação ao agressor de bullying, considerando-se os grupos intervenção e controle

Agressor	Escore Total*		Direto Físico*		Direto Verbal*		Indireto*	
	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p	B _r [IC95%]	p
Intervenção								
Temperamento**								
Irritabilidade	0,21 [0,10; 0,32]	<0,001	0,11 [0,06; 0,16]	<0,001	0,15 [0,08; 0,21]	<0,001	0,09 [0,05; 0,14]	<0,001
Problemas de Saúde Mental***								
Emocional	0,08 [-0,06; 0,22]	0,291	0,04 [-0,03; 0,11]	0,247	-0,04 [-0,12; 0,04]	0,340	0,02 [-0,04; 0,07]	0,507
Conduta	0,43 [0,22; 0,64]	<0,001	0,26 [0,16; 0,37]	<0,001	0,26 [0,14; 0,39]	<0,001	0,18 [0,10; 0,27]	<0,001
Hiperatividade	0,12 [-0,04; 0,28]	0,136	0,03 [-0,05; 0,10]	0,512	0,13 [0,04; 0,22]	0,005	0,00 [-0,06; 0,06]	0,938
Relacionamento	-0,22 [-0,38; -0,06]	0,006	-0,08 [-0,16; 0,00]	0,037	-0,14 [-0,23; -0,05]	0,002	-0,05 [-0,11; 0,01]	0,091
Pró-social	-0,05 [-0,22; 0,12]	0,557	-0,05 [-0,13; 0,03]	0,248	-0,02 [-0,12; 0,08]	0,700	-0,08 [-0,15; -0,01]	0,018
Controle								
Temperamento**								
Irritabilidade	0,18 [0,05; 0,31]	0,007	0,13 [0,05; 0,21]	0,002	0,18 [0,08; 0,27]	<0,001	0,05 [0,00; 0,11]	0,058
Problemas de Saúde Mental***								
Emocional	0,02 [-0,16; 0,20]	0,822	0,12 [0,01; 0,23]	0,033	-0,03 [-0,15; 0,10]	0,690	0,02 [-0,06; 0,09]	0,681
Conduta	0,28 [0,07; 0,49]	0,008	0,14 [0,00; 0,27]	0,044	0,10 [-0,05; 0,24]	0,195	0,10 [0,01; 0,19]	0,024
Hiperatividade	0,23 [0,04; 0,42]	0,017	0,11 [0,00; 0,23]	0,050	0,19 [0,06; 0,32]	0,003	0,13 [0,06; 0,21]	0,001
Relacionamento	-0,25 [-0,45; -0,05]	0,015	-0,17 [-0,29; -0,05]	<0,001	-0,07 [-0,21; 0,07]	0,312	-0,06 [-0,14; 0,03]	0,173
Pró-social	-0,01 [-0,21; 0,19]	0,933	-0,08 [-0,20; 0,04]	0,209	-0,09 [-0,24; 0,05]	0,190	-0,02 [-0,10; 0,06]	0,663

Fonte: dados da pesquisa.

Dados apresentados em média e intervalo de confiança (IC) 95%, análise realizada com Generalized Linear Models (GLM), distribuição gamma e função de ligação identidade. Modelo ajustado pelas variáveis série escolar e sexo.

Dados avaliados com:

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

** Affective Reactivity Index – versão criança (ARI-C);

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

6 DISCUSSÃO

Os resultados relacionados às características gerais dos alunos no tempo basal do estudo indicaram que as diferenças entre os escores de bullying como agressor e vítima estão de acordo com estudos anteriores (FISHER, 2010; MALTA et al., 2014). Nesse sentido, ser menino e estar nas turmas entre o 7º e 9º ano (que também corresponde a ter mais idade) aponta para maior envolvimento com bullying como agressor (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011; SLEE; SKRZYPIEC, 2016). Em outro estudo, também se observou que os meninos apresentavam o dobro de prevalência (RP=2,45) de serem agressores em relação às meninas (RECH et al., 2013). De fato, os meninos nessa fase do desenvolvimento buscam prestígio e mostram-se mais competitivos, diferentemente da fase em que se encontram as meninas (ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010).

Estudos indicam que os meninos se envolvem mais que as meninas nas situações de bullying, tanto como agressores ou como vítimas, o que não significa que as meninas não se envolvam (LISBOA et al., 2014). De fato, os meninos tendem a comportamento mais agressivos, o que é aceito e tolerado culturalmente. Assim, observa-se um maior envolvimento com a forma de bullying direto entre meninos e o bullying indireto entre meninas (BRAGA; LISBOA, 2010). Mesmo que os papéis de gênero feminino e masculino venham se modificando nas últimas décadas, ainda hoje, os meninos parecem estar mais autorizados e/ou estimulados a apresentarem comportamentos violentos (LISBOA et al., 2014).

Já em relação à etnia, os achados foram contrários à maioria dos estudos que apontaram para o *status* de minorias étnicas como fator de risco para ser vítima, e não para ser agressor (MENESINI; SALMIVALLI, 2017). Observa-se, por meio dos dados, que as médias dos escores – tanto para vítima quanto para agressor – foram mais elevadas para os que se autodeclararam como indígenas ou asiáticos do que para as demais etnias, sendo significativo no envolvimento como agressor. Conforme um estudo sobre bullying e etnias, as minorias (como indígenas e asiáticos) foram consideradas de maior vulnerabilidade, porém de forma isolada, não sendo tal aspecto associado significativamente à vitimização, indicando que o efeito da etnia parece depender do contexto (VITIROULIS; VAILLANCOURT, 2015). Esse achado está de acordo com um estudo brasileiro que encontrou a prática do bullying em um quinto dos estudantes do 9º ano, predominando os de etnia negra e amarela, sendo mais frequente nas regiões Sudeste e Sul e menos frequente no Norte e Nordeste (MALTA et al., 2014).

Os estudos sobre a prevalência de bullying escolar apresentam taxas variáveis em parte devido ao método de avaliação (tipo de instrumento) e ao tempo considerado (último mês ou último ano), o que dificulta a comparação. 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 de bullying (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 37,6% praticaram bullying contra um ou mais colegas no mesmo período (FISCHER et al., 2010). Em concordância com um estudo da OMS, a prevalência de envolvimento com bullying no presente estudo, independentemente do tipo vítima ou agressor, foi semelhante ao de locais da Europa e dos Estados Unidos onde o bullying apresenta taxas mais elevadas (CURRIE et al., 2008). Esse dado aponta que este é um problema que merece atenção também no Brasil.

Outro aspecto observado foram os maiores escores tanto de vítima quanto de agressor significativamente associado aos alunos com histórico de expulsão ou suspensão. Tal achado corrobora os resultados de outra pesquisa, a qual demonstra que a cada dez crianças encaminhadas à rede de saúde com queixa de baixo desempenho escolar sete apresentam sintomas emocionais e/ou comportamentais em nível clínico (MARTURANO; TOLLER; ELIAS, 2005). Outros estudos indicam que o envolvimento com bullying como agressor está associado a dificuldades de aprendizagem (BURK et al., 2011). Já como vítima, o prejuízo tem relação com o fato de os alunos evitarem ir à escola por insegurança e medo das agressões (LOPES NETO, 2005; BERGER, 2007). Portanto, o impacto negativo de envolvimento com bullying evidencia-se também neste estudo.

Além da análise de variáveis sociodemográficas (como sexo, idade, etnia e desempenho escolar) que foram associadas à prática de bullying, também se observa a relação com os aspectos emocionais vinculados ao temperamento e a 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 et al., 2006; STRINGARIS et al., 2012).

Observou-se neste estudo que o temperamento mais irritável tanto para ser agressor ou vítima apresentou associação significativa em todas as diferentes formas, especialmente a

forma verbal direta. 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; FANTIN; KIMONIS, 2012). Além disso, a irritabilidade foi associada a desfechos negativos em saúde (como transtornos internalizantes) e, por apresentar explosões de raiva, pode conduzir tanto à prática quanto à vitimização de bullying (STRINGARIS et al., 2012).

O resultado da avaliação de problemas de saúde mental e bullying indicou que há relação entre as vítimas e dificuldades no domínio de relacionamento. Esse achado está de acordo com outros estudos em que as vítimas são definidas como indivíduos que frequentemente apresentam sentimento de insegurança (LOPES NETO, 2005) e têm poucos amigos (MALTA et al., 2014). No entanto, ter amigos tem sido apontado como fator protetor para vitimização. Assim, os adolescentes que são tímidos e ansiosos têm maior probabilidade de serem vítimas de bullying (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011; MENESINI; SALMIVALLI, 2017). Cabe salientar que a vítima de bullying na forma indireta caracteriza-se por exclusão ou isolamento social, sendo mais comum e prejudicial na fase da puberdade, idade em que se busca a aprovação dos pares e em que se aprimoram as habilidades de relacionamento (BERGER, 2007). Outros estudos demonstram que jovens com fobia social tendem a apresentar habilidades sociais precárias e pouca qualidade de amizade, o que pode piorar ainda mais a imagem do eu social e aumentar a probabilidade de envolvimento com bullying (YEN et al., 2013). Os achados de um estudo recente apontou que os problemas internalizantes de depressão e ansiedade foram preditoras de vitimização, contudo a relação foi diferente entre os gêneros (SENTSE; PRINZIE; SAMIVALLI, 2017).

Entre os agressores, a associação encontrada foi com o domínio conduta em todas as formas de bullying, principalmente na forma direto físico. Estudos prévios indicam que há associação entre a prática de bullying como agressor com atitudes impulsivas e opositoras, o que prejudica sobremaneira as relações entre os pares (VAUGHN et al., 2010; WEISS et al., 2011). No presente estudo, os maiores escores como agressor apresentaram relação inversa significativa com domínio relacionamento. Esse achado pode ser compreendido pelo fato de que os agressores frequentemente são populares e temidos pelos outros colegas, podendo ter seguidores que os auxiliam nas práticas de bullying e, muitas vezes, percebem seu comportamento como uma qualidade (LOPES NETO, 2005).

Em relação à proposta do estudo, não se observaram resultados significativos após a intervenção antibullying ao longo do tempo no grupo intervenção. Uma das hipóteses do

achado deve-se ao fato de a intervenção ter sido aplicada em toda a escola de forma breve, com poucos encontros para discussão do tema, com todos os alunos, sem focar nos grupos de envolvidos. Contudo, abordar o bullying no ambiente escolar mostra-se positivo, uma vez que oportuniza esclarecimentos e discussão sobre o tema, o que está de acordo com estudos anteriores (JUVONEN et al., 2016).

Assim, mesmo sem haver diminuição nos escores do bullying, a intervenção, representa um primeiro momento para discutir este tema, podendo auxiliar estudantes e professores no sentido de esclarecer o que de fato é bullying. É provável que determinados comportamentos não fossem considerados como tais e tenham passado corretamente a ser visto, já que em ambos os grupos a média dos escores de bullying aumentaram em comparação aos dados iniciais do QB. Porém, como no grupo controle os escores de bullying aumentaram mais do que no grupo intervenção, outra hipótese levantada é em relação ao curto espaço de tempo para que, além da conscientização, ocorra a mudança significativa de comportamento. De acordo com estudos de metanálise sobre intervenção antibullying, a efetividade dos programas depende da intensidade e da duração dos mesmos. Os autores acrescentaram que as abordagens múltiplas, envolvendo professores, pais e alunos, são mais efetivas do que as abordagens únicas (TTOFI et al., 2011; EVANS; FRASER; COTTER, 2014).

Entre os estudos que verificaram resultados positivos no combate à agressão entre os pares, consta o programa Youth-Led Program (YLP) para alunos do 7º e 8º ano, com 16 sessões de 45 minutos cada, após o turno escolar (CONNOLLY et al., 2015). Outro programa antibullying que envolveu também pais e professores foi desenvolvido na Grécia com 11 oficinas semanais de 90 minutos, realizadas em sala de aula, com o objetivo de aumentar a consciência sobre bullying e a empatia. Os resultados indicaram que houve uma diminuição significativa especialmente na vitimização (TSIANTIS et al., 2013).

Outro resultado observado após a intervenção foi a permanência da relação do bullying e os problemas de saúde mental e com temperamento mais irritável entre os alunos. No entanto, o delineamento não possibilitou relacionar o sentido de causa e efeito entre eles. Um estudo que observou 11.108 gêmeos monozigóticos de modo longitudinal caracterizou a relação causal de bullying entre crianças e adolescentes, considerando-se problemas emocionais internalizantes e externalizantes. As estimativas de diferenças foram consistentes com a contribuição causal da exposição ao bullying aos 11 anos para ansiedade, depressão, hiperatividade e impulsividade, desatenção e problemas de conduta. Os efeitos diminuíram ao

longo do tempo, embora tenham persistido durante os próximos dois anos (SINGHAM et al., 2017).

O estudo evidenciou que a exposição ao bullying pode não só ser vista como uma causa para desencadear doença mental, mas também representar, em parte, um sintoma de vulnerabilidades preexistentes. Esse achado tem implicações importantes para a prevenção secundária de transtorno mental entre crianças expostas ao bullying (SILBERG, KENDLER, 2017). Contudo, intervenções antibullying continuam sendo importantes para evitar a exposição prolongada a uma experiência que pode causar ansiedade e depressão, mesmo que muitos protocolos de intervenções não evidenciem unanimidade de eficácia na redução do nível de exposição ao bullying (SINGHAM et al., 2017).

A relação entre saúde mental e temperamento com bullying, independentemente do tipo (vítima ou agressor) e da forma (direta ou indireta; física ou verbal) observada no presente estudo, confirma a importância da avaliação que contemplem esses aspectos entre os adolescentes expostos. De fato, o primeiro passo para prevenir um problema é identificá-lo corretamente. Nesse sentido, os profissionais de saúde e da educação devem estar articulados a fim de encontrar estratégias para enfrentar o problema de bullying escolar, considerando-se sua estreita relação com a saúde mental (PIGOZI; BARTOLI, 2016; SILVA et al., 2014).

Evidencia-se que programas antibullying apresentam custo-benefício favorável, uma vez que a repercussão positiva pode ocorrer inclusive na vida adulta dos envolvidos por prevenir transtornos mentais e suicídio (MENESINI; SALMIVALLI, 2017). Assim, por ser considerado um problema de saúde coletiva, políticas públicas que definam estratégias de prevenção precoce deveriam ser implementadas para minimizar sofrimentos individuais e custos posteriores com o tratamento de doenças desencadeadas pela prática de bullying (EVANS-LACKO et al., 2017).

Portanto, devido à sua especificidade e complexidade, o comportamento de bullying é objeto interdisciplinar e intersetorial (SILVA et al., 2014). No Brasil, as ações de saúde em escolas públicas são realizadas via PSE e constam como parte do programa a prevenção de bullying como papel da atenção primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Mais recentemente, entrou em vigência a Lei nº 13.185, que instituiu em todo o território nacional a prevenção e o combate à prática da intimidação sistemática (bullying) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2015).

Desde o projeto de Bergen, na Noruega (OLWEUS, 2011), inúmeras têm sido as intervenções que visam à redução do bullying, sendo que muitas não apresentam resultado

positivo. Contudo, é consenso que o preparo e a habilidade dos professores e dos diretores de escolas, além dos profissionais da saúde, são aspectos fundamentais para a identificação precoce, para a tomada de iniciativas e para a realização de intervenções ao longo do tempo no ambiente escolar, considerando-se os processos multifatoriais relacionados ao bullying (LIU; GRAVES, 2011).

O presente estudo apresenta limitações. Os questionários de autorrelato foram aplicados apenas entre os alunos, o que não possibilitou confirmar as informações fornecidas com os pais ou os professores. O curto espaço de tempo entre as avaliações também pode contribuir para não ocorrer mudança de comportamento. Além disso, a intervenção foi aplicada para todos os alunos da mesma forma, sem considerar os envolvidos e os não envolvidos com bullying e de forma breve. Outro aspecto é a utilização de instrumentos diversificados para avaliação do bullying, o que dificulta a comparação entre os estudos que avaliam intervenções antibullying. O delineamento do estudo também não possibilitou verificar a relação de causalidade nas questões associadas aos problemas de saúde mental e de temperamento com o comportamento de bullying.

Apesar dessas limitações, trata-se de um estudo para avaliação de uma intervenção antibullying por meio de um delineamento robusto em uma amostra grande de alunos de escola pública. De fato, representa um passo a mais para se abordar um problema de impacto social e pessoal importante, além de possibilitar o reconhecimento das diferentes maneiras pelas quais o bullying ocorre em nossa realidade escolar.

7 CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi o de avaliar os resultados de uma intervenção breve antibullying para adolescentes de escolas públicas. Também se pretendeu verificar a relação entre os diferentes tipos de bullying com as características de temperamento e saúde mental dos alunos.

Ficou evidenciado que a intervenção proposta não foi efetiva em modificar a prática de bullying entre os alunos. No entanto, os dados apontaram para as características individuais de temperamento irritável e problemas de saúde mental associadas ao envolvimento com bullying. Ou seja, o resultado apontou que as vítimas têm relação direta com problemas de irritabilidade, relacionamento com os pares e manejo para lidar com as próprias emoções. Já os agressores, além do temperamento mais irritado, demonstraram relação com problemas de conduta.

Os achados confirmaram a complexidade do enfrentamento do bullying no ambiente escolar. Além dos aspectos vinculados aos problemas de saúde mental dos alunos envolvidos, cabe salientar que o estudo foi realizado em escolas públicas, espaços nos quais, não raramente, as situações de vulnerabilidade podem contribuir para a prática de bullying.

Apesar de não ter sido observado um resultado favorável à intervenção proposta, isso não invalida a importância em se promover um espaço para abordar o tema bullying escolar. Nesse sentido, falar sobre o problema, esclarecer precisamente sobre o que é o bullying, bem como os tipos e formas, faz parte do início de ações para promover mudanças.

Uma atual lei brasileira que institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (Bullying) em todo o território nacional recomenda inclusive a capacitação de docentes e de equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, de prevenção e de solução do problema.

Contudo, os esforços para prevenir o bullying ainda são limitados no Brasil. Mesmo com a aprovação de uma lei específica para combater esse problema, pouco se observa na prática. Por isso, mostram-se incipientes os incentivos e o respaldo para a aproximação da saúde e da educação para reconhecer os problemas em escolas da área de abrangência da rede de atenção primária, além de capacitar os profissionais da saúde e os professores sobre temas vinculados à saúde mental e ao bullying. Observa-se um maior envolvimento com essas questões nas escolas que aderiram ao PSE e que permanecem com o vínculo à ESF ou aos

profissionais de unidades básicas. Considerando-se sobretudo medidas preventivas, o trabalho permanente no ambiente escolar com as séries iniciais pode ser uma estratégia interessante para minimizar a prática de bullying e suas consequências ao longo do tempo.

O enfermeiro, enquanto profissional que atua na atenção básica, precisa estar preparado para que ações preventivas possam ser implementadas de forma permanente no ambiente escolar, bem como dar o devido encaminhamento aos casos mais complexos. O estudo ressalta a importância em identificar casos de problemas de saúde mental e irritabilidade, devido sua relação com casos de bullying.

Também se faz importante a presença deste tema desde a graduação de enfermagem, bem como pesquisas de extensão, fazendo com que a escola seja um espaço de promoção da saúde e prevenção da violência

Enfim, mais estudos sobre a efetividade de programas de intervenção antibullying para nossa realidade precisam ser desenvolvidos. Além do delineamento robusto, a amostra ampliada para atividades com professores, pais e comunidade precisa ser considerada. O tempo de intervenção e o foco nos envolvidos com bullying mostram-se igualmente relevantes.

Sugere-se que outros estudos possam ampliar o conhecimento sobre a relação de causalidade de problemas mentais e de temperamento com a prática de bullying para contribuir com novas estratégias, bem como pesquisas qualitativas que possam abordar o tema de forma a captar outras questões relevantes para a elaboração de programas antibullying no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ÁMEZ-GUADIX, M. et al. Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among dolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, no. 4, p. 446-452, 2013.
- 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, no. 3, p. 268-297, 2005.
- ARSENEAULT, L.; BOWES, L. SHAKOOR, S. Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘much ado about nothing’? **Psychology Medicine**, v. 40, p. 717-729, 2010.
- BANDEIRA, C.M. Bullying: autoestima e diferenças de gênero [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2009.
- BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. **Psico (PUCRS)**, v. 42, n.3, p. 354-361, 2011.
- BOULTON, M. Teachers’ self-efficacy, perceived effectiveness beliefs, and reported use of cognitive-behavioral approaches to bullying among pupils: effects of in-service training with the I Decide program. **Behavior Therapy**, v. 45, no. 3, p. 328-343, 2014.
- BRAGA, L.I.; LISBOA, C.S.M. Estratégias de coping para lidar com o processo de bullying um estudo qualitativo. *Interamerican Journal of Psychology*, v. 44, p. 321-331, 2010.
- BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE) e dá outras providências. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF, 2007.**
- _____. **Resolução nº 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.
- BROWN, E.C. et al. Outcomes from a school randomized controlled trial of steps to respect: A bullying prevention program. **School Psychology Review**, v. 40, no. 3, p. 423-443, 2011.
- 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, no. 2, p. 225-238, 2011.
- COHEN, J.; FEGE, A.; PICKERAL, T. **Measuring and improving school climate: A strategy that recognizes, honors and promotes social, emotional and civic learning – The foundation for love, work and engaged citizenry**. Teachers College Record, 2009. Disponível em: <<http://www.tcrecord.org/Content.asp?ContentId=15698>>. Acesso em: 10 abr 2014.

CONNOLLY, J. et al. Evaluation of a Youth-Led Program for Preventing Bullying, Sexual Harassment, and Dating Aggression in Middle Schools. **Journal of Early Adolescence**, v. 35, no. 3, p. 403-434, 2015.

CURRIE, C. et al. **Inequalities in young people's health. HBS international report from the 2005/2006 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2008. p. 113-166.

D'ABREU, L.C.F.; MARTURANO, E.M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudo de Psicologia (Natal)**, 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**, v. 35, no. 3, p. 171-180, 2013.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: _____. **Programa de atualização em medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 9-35.

DOMINO, M. Measuring the impact of an alternative approach to school bullying. **Journal of School Health**, v. 83, no. 6, p. 430-437, 2013.

ELLEDGE, L.C. et al. School-based mentoring as selective prevention for bullied children: a preliminary test. **Journal of Primary Prevention**, v. 31, no. 3, p. 171-187, 2010.

ESPELAGE, D.; LOW, S.; POLANIN, J.R.; BROWN, E.C. Clinical trial of Second Step middle-school program: Impact on aggression and victimization. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 37, p. 52-63, 2015.

EVANS, C.B.R.; FRASER, M.W.; COTTER, K.L. The effectiveness of school-based bullying prevention programs: A systematic review. **Aggression and Violent Behavior**, v. 19, no. 5, p. 532-544, 2014.

EVANS-LACKO, S. et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study. **Psychological Medicine**, v. 47, no. 1, p. 127-135, 2017.

FANTE, C. **Fenômeno bullying: como prevenir a violência escolar e educar para a paz**. 2.ed. Campinas, SP: Vesus, 2005. p. 224.

FANTI, K.A.; KIMONIS, E.R. Bullying and victimization: the role of conduct problems and psychopathic traits. **Journal of Research on Adolescence**, v. 22, no. 4, p. 617-631, 2012.

FARRINGTON, D.P.; TTOFI, M.M. **School-based programs to reduce bullying and victimization**. Campbell Systematic Reviews, 2009, 149p.

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>>. Acesso em: 22 nov 2014.

FOX, N.A. et al. Continuity and discontinuity of behavioral inhibition and exuberance: Psychophysiological and behavioral influences across the first four years of life. **Child Development**, v. 72, no. 1, p. 1-21, 2001.

GARAIGORDOBIL, M.; MARTÍNEZ-VALDERREY, V. Effects of cyberprogram 2.0 on “face-to-face” bullying, cyberbullying, and empathy. **Psicothema**, v. 27, no.1, p. 45-51, 2015.

GARANDEAU, C.F.; LEE, I.A.; SALMIVALLI, C. Inequality matters: classroom status hierarchy and adolescents’ bullying. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 43, no. 7, p. 1123-1133, 2014.

GARANDEAU, C.F.; LEE, I.A.; SALMIVALLI, C. Decreases in the proportion of bullying victims in the classroom: Effects on the adjustment of remaining victims. **International Journal of Behavioral Development**, v.42, no.1, p. 64-72, 2018.

GARANDEAU, C.F.; POSKIPARTA, E.; SALMIVALLI, C. Tackling acute cases of school bullying in the kiva anti-bullying. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 42, no.6, p. 981-991, 2014.

GINI, G.; POZZOLI, T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. **Pediatrics**, v. 123, no. 3, p. 1059-1065, 2009.

GLADDEN, R.M. et al. **Bullying surveillance among youths: uniform definitions for public health and recommended data elements**. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Atlanta, GA, Department of Education; 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/bullying-definitions-final-a.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2015.

GONÇALVES, F.G. et al. Construct validity and reliability of the Brazilian version of the Olweus Bully/Victim Questionnaire. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 39, no. 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, no. 3, p. 125-130, 1998.

GOWER, A.L.; BOROWSK, I.W. Associations between frequency of bullying involvement and adjustment in adolescence. **Academic Pediatrics**, v. 13, no. 3, p. 214-221, 2013.

GRADY, D.; HEARST, N. Usando base de dados existentes. In: HULLEY, S et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3.ed., Porto Alegre: Artmed, p. 225-39, 2008.

HAATJA, A. et al. The KiVa antibullying curriculum and outcome: Does fidelity matter? **Journal of School Psychology**, v. 52, no. 5, p. 479-493, 2014.

HAWE, P. et al. Replication of a whole school ethos-changing intervention: different context, similar effects, additional insights. **BMC Public Health**, v. 15, no. 265, p. 1-14, 2015.

HEALY, K.; SANDERS, M. R. Randomized controlled trial of a family intervention for children bullied by peers. **Behavior Therapy**, v. 45, no. 6, p. 760-777, 2014.

JUVONEN, J.; GRAHAM, S. Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. **Annual Review of Psychology**, v. 65, p. 159-185, 2014.

JUVONEN, J.; et al. Can a school-wide bullying prevention program improve the plight of victims? Evidence for risk \times intervention effects. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 84, no. 3, p. 334-344, 2016.

KÄRNÄ, A. et al. A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: grades. **Child Development**, v. 82, no. 1, p. 311-330, 2011.

KÄRNÄ, A. et al. Effectiveness of the KiVa antibullying program: grades 1-3 and 7-9. **Journal of Educational Psychology**, v. 105, no. 2, p. 105, 535-55, 2013.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Archives of General Psychiatry**, v. 69, no. 4, p. 372-380, 2012.

LAMB, J.; PEPLER, D.; CRAIG, W. Approach to bullying and victimization. **Canadian Family Physician**, v. 55, n0. 4, p. 356-360, 2009.

LISBOA, C.S.M.; et al. **Mitos e fatos sobre bullying**. In: Mitos e fatos sobre bullying: orientação para pais e profissionais. LISBOA, C.S.M.; WENDT, G.W.; PUREZA, J.R. (Org.). Novo Hamburgo, Sinopsys: 2014, 96p.

LOPES NETO, A.A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v. 81, no. 5, p. S164-72, 2005.

LOW, S.; RYZIN, M.J.V.; BROWN, E.C. Engagement matters: lessons from assessing classroom implementation of Steps to Respect: A bullying prevention program over a one-year period. **Prevention Science**, v. 15, no. 2, p. 165-176, 2014.

LOW, S.; RYZIN, M.V. The moderating effects of school climate on bullying prevention efforts. **School Psychology Quarterly**, v. 29, no. 3, p. 306-319, 2014.

LIU, J.; GRAVES, N. Childhood bullying: A review of constructs, contexts, and nursing implications. **Public Health Nursing**, v. 28, no. 6, p. 556-568, 2011.

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

MALTA, D.C. et al. Bullying in brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, s. 2, p. 3065-3076, 2010.

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.

MENDES, C.S. Prevenção da violência escolar: avaliação de um programa de intervenção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, p. 581-588, 2011.

MENESINI, E.; SALMIVALLI, C. Bullying in schools: the state of knowledge and effective Interventions. **Psychology, Health & Medicine**, v. 22, no. S1, p. 240-253, 2017.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Diário Oficial Da União. República Federativa do Brasil. **Lei nº 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=09/11/2015>>. Acesso em: 10 nov. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica. Saúde na Escola**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.

_____. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2014.

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.

NANSEL, T.R. et al. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. **JAMA**, v. 285, no. 16, p. 2094-2100, 2001.

NANSEL, T.R. et al. Cross-national consistency in the relationship between bullying behaviors and psychosocial adjustment. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 158, no. 8, p. 730-736, 2004.

NIEMELÄ, S. et al. Childhood bullying behaviors at age eight and substance use at age 18 among males. A nationwide prospective study. **Addictive Behaviors**, v. 36, no.3, p. 256-260, 2011.

OLIVEIRA, W.A. et al, The causes of bullying: results from the National Survey of School Health (PeNSE). **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, no. 2, p. 275-282, 2015.

OLSON, S.L. et al. Deconstructing the externalizing spectrum: growth patterns of overt aggression, covert aggression, oppositional behavior, impulsivity/inattention and emotion dysregulation between school entry and early adolescence. **Development and Psychopathology**, v. 25, no. 3, p. 817-842, 2013.

OLWEUS, D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Williston, VT: Blackwell Publishers. 1993.

OLWEUS, D. Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. **Criminal Behaviour and Mental Health**, v. 21, no. 2, p. 151-156, 2011.

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.

PIGOZI, P.L.; BARTOLI, A.J. School Nurses' experiences in dealing with bullying situations among students. **The Journal of School Nursing**, v. 32, no. 3, p. 177-85, 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

PUTNAM, S.P.; GARTSTEIN, M.A.; ROTHBART, M.K. Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: the Early Childhood Behavior Questionnaire. **Infant Behavior and Development**, v. 29, no. 3, p. 386-401, 2006.

RAGATZ, L.L. et al. Criminal thinking patterns, aggression styles, and the psychopathic traits of late high school bullies and bully-victims. **Aggressive Behavior**, v. 37, no. 2, p. 145-160, 2011.

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

ROLAND, E. et al. The Zero programme against bullying: effects of the programme in the context of the Norwegian manifesto against bullying. **Social and Psychology Education**, v. 13, no. 1, p. 41-55, 2010.

SAARENTO, S.; BOULTON, A.J.; SALMIVALLI, C. Reducing bullying and victimization: student- and classroom-level mechanisms of change. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 43, no.1, p. 61-76, 2015.

SAMARA, M. et al Bullying and cyberbullying: their legal status and use in psychological assessment. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, no. 12, p. 1-17, 2017.

SALMIVALLI, C.; KÄRNÄ, A.; POSKIPARTA, E. Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. **International Journal of Behavioral Development**, v. 35, no. 5, p. 405-411, 2011.

SANTOS, J.A. et al. Prevalência e tipos de bullying em escolares brasileiros de 13 a 17 anos. **Revista de Salud Pública**, v. 16, n. 2, p. 173-183, 2014.

SAPOUNA, M. et al. Virtual learning intervention to reduce bullying victimization in primary school: A controlled trial. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 51, no. 1, p. 104-112, 2010.

SCOTT, J. G. et al. Bullying in children and adolescents: A modifiable risk factor for mental illness. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 48, no. 3, p. 209-212, 2014.

SENTSE, M. et al. C. A social network approach to the interplay between adolescents' bullying and likeability over time. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 43, no. 9, p. 1409-1420, 2014.

SENTSE, M.; PRINZIE, P.; SAMIVALLI, C. Testing the direction of longitudinal paths between victimization, peer rejection, and different types of internalizing problems in adolescence. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 45, no. 5, p. 1013-1023, 2017.

SHETGIRI, R. Bullying and victimization among children. **Advances in Pediatrics**, v. 60, no. 1, p. 33-51, 2013.

SIEBERER, U.R.; KÖKÖNYEI, G.; THOMAS, C. School and health. In: CURRIE, C. et al. **Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey**. Copenhagen: World Health Organization, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/immunization/hpv/target/young_peoples_health_in_context_who_2011_2012.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

SILBERG, J.; KENDLER, K.S. Causal and noncausal processes underlying being bullied. **JAMA Psychiatry**, v. 74, no. 11, p. 1091-1092, 2017.

SILVA, M.A.I. et al. O olhar de professores sobre o bullying e implicações para a atuação da enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 723-730, 2014.

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, no. 11, p. 1112-1119, 2017.

SLEE, P.T.; SKRZYPIEC, G. **Well-Being, Positive Peer Relations and Bullying in School Settings**. Springer International Publishing, set. 2016. 213p.

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. **Pediatrics**, v. 120, no. 2, p. 397-404, 2007.

SPSS. **PASW Statistics for Windows**, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc. Released 2009.

STODDARD, S.A.; COMMENT, L.; ZIMMERMAN, M. Examining the relationship between future orientation and bullying and aggression in early adolescence. **Journal of Adolescent Health**, v. 52, no. 2, p. S 55-56, 2013.

STRINGARIS, A. et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 166, no. 9, p. 1048-1054, 2009.

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, no. 11, p. 1109-1117, 2012.

TOBLIN, R.L. et al. Social-cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 26, no. 3, p. 329-346, 2005.

TOWNSEND, L. et al. The relationship between bullying behaviours and high school dropout in Cape Town, South Africa. **South African Journal of Psychology**, v. 38, no. 1, p. 21-32, 2008.

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, no. 2, p. 80-89, 2011.

TRIP, S. et al. Bullying prevention in schools by targeting cognitions, emotions, and behavior: evaluating the effectiveness of the REBE-ViSC Program. **Journal of Counseling Psychology**, v. 62, no. 4, p. 732-740, 2015.

TSIANTIS, A.C.J. et al. The effects of a clinical prevention program on bullying; victimization, and attitudes toward school of elementary school students. **Behavioral Disorders**, v. 38, no. 4, p. 243-257, 2013.

VAUGHN, M.G. et al. Psychiatric correlates of bullying in the United States: findings from a national sample. **Psychiatric Quarterly**, v. 81, no. 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, no. 4, p. 471-481, 2009.

VITIROULIS, I.; VAILLANCOURT, T. Meta-analytic results of ethnic group differences in peer victimization. **Aggressive Behaviour**, Medford, v. 41, no. 2, p. 149-170, 2015.

VIZINI, S.T. **Evidências de validação do Questionário de Bullying de Olweus versão vítima e versão agressor para adolescentes brasileiros**. 2017. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

VOLK, A.A. et al. Is adolescent bullying an evolutionary adaptation? **Aggressive Behavior**, v. 38, no. 3, p. 222-238, 2012.

VREEMAN, R.C.; CARROLL, A.E. A systematic review of school-based interventions to prevent bullying. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 161, no. 1, p. 78-88, 2007.

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, no. 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, no. 6, p. 591-596, 2011.

WENDT, G.W.; LISBOA, C.S.M. Agressão entre pares no espaço virtual: definições, impactos e desafios do cyberbullying. **Psicologia clinica**, v. 25, n. 1, p. 73-87, 2013.

WHITE, S.F.; FRICK, P.J. Callous-Unemotional Traits. In: LEVESQUE, R.J.R. (ed.). **Encyclopedia of Adolescence**. New York: Springer Science+Business Media, 2011. p. 369-375.

WILLIFORD, A. et al. Effects of the KiVa antibullying program on cyberbullying and cybervictimization frequency among finnish youth. **Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology**, v. 42, no. 6, p. 820-833, 2013.

WILLIFORD, A.; BOULTON, A.J.; JENSON, J.M. Transitions between subclasses of bullying and victimization when entering middle school. **Aggressive Behavior**, v. 40, no. 1, p. 24-41, 2014.

WÖLFER, R.; SCHEITHAUER, H. Social influence and bullying behavior: intervention-based network dynamics of the fairplayer manual bullying prevention program. **Aggressive Behavior**, v. 40, no. 4, p. 309-319, 2014.

WÖLFER, R. et al. Prevention 2.0: Targeting cyberbullying @ school. **Prevention Science**, v. 15, no. 6, p. 879-887, 2014.

WRIGHT, W.; BAILEY, C.L.; BERGIN, J.J. The effects of a bullying intervention program on the relational aggressive behaviors of 5th grade girls. Georgia School. **Counselors Association Journal**, v. 19, no. 1, p. 65-91, 2012.

ZAINE, I; REIS, M.J.D; PADOVANI, R.C. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 375-382, 2010.

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	Nº de Protocolo: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text" value="A"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
	Escola Respondente	Ano A=aluno P=professor	Turma exemplo: B1, C1...	Turno M=manhã T=tarde	Número do aluno	
Nomes dos integrantes do grupo de pesquisa que estavam presentes no momento da aplicação						
A_02	Data da aplicação: ____/____/____ Dia Mês Ano					
Relato de ocorrências: _____ _____						

TERMO DE ASSENTIMENTO

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) estará realizando uma série de atividades em sua escola para conhecer os problemas e as situações associadas ao bullying entre os alunos. 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 ocorrer através de exclusão, isto é, quando os colegas fazem com que o outro aluno se sinta inferior e indesejado.

O estudo intitulado “Programa antibullying na escola: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster” tem como objetivo verificar se conversar sobre o tema pode prevenir o bullying, tornando a escola um espaço mais seguro e adequado para você estudar. Essas ações envolvem, além de você, os professores e os pais. As atividades não são obrigatórias, mas quanto maior a participação, melhores resultados são esperados.

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 feito na sala de aula. As informações dos questionários são confidenciais e o seu nome não será revelado. O risco de participar deste estudo é mínimo e poderá estar relacionado com o desconforto em responder às perguntas.

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 o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Seus direitos sobre a participação na pesquisa poderão ser obtidos pelo telefone 3289-5517.

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.

Caso você aceite participar do projeto, gostaríamos que assinasse abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Assinatura

IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

A_03 Seu nome completo: _____

A_04 Se você tiver email, escreva aqui: _____

Escreva aqui os telefones que podemos utilizar para entrar em contato com você:

A_05 Tel: _____ A quem este telefone pertence? _____

A_06 Tel: _____ A quem este telefone pertence? _____

Seu sexo (*Marque um X*):

A_07 0. Masculino 1. Feminino

A_08 Sua idade: _____ anos

Sua data de nascimento:

A_09 _____ / _____ / _____
Dia Mês Ano

Marque um X na resposta que melhor descreve sua cor ou etnia:

A_10 1. Branca 2. Negra 3. Parda 4. Indígena 5. Asiática

Quantos dias você **NÃO** veio à escola no **último mês**?

A_11 1. Vim todos os dias 2. 1 a 3 dias 3. Mais de 3 dias

O quanto você normalmente estuda para uma prova?

A_12 1. Nunca ou raramente estudo 2. Às vezes estudo 3. Estudo um pouco (em geral no dia anterior)
4. Estudo bastante (em geral alguns dias antes da prova) 5. Estudo quase todos os dias

Você já repetiu de ano? (*Marque um X*):

A_13 1. Sim 2. Não

A_14 Se sim, quantas vezes? _____

Como você costuma ir nas provas e nos trabalhos de aula?

A_15 1. Sempre vou mal 2. Às vezes vou mal 3. Geralmente fico na média
4. Costumo ir bem 5. Sempre vou muito bem

Quantos “bons amigos” você tem nesta escola? (*Escreva o número. Pode ser um número aproximado*):

A_16 Eu tenho _____ bom (bons) amigo(s) nesta escola.

Há quanto tempo você estuda nesta escola? (*Escreva o número*):

A_17 Eu estudo nesta escola há _____ ano(s).

Em quantas escolas você já estudou desde o 1º ano? (*Escreva o número*):

A_18 Incluindo esta, eu já estudei em _____ escola(s).

Você já foi suspenso ou expulso desta escola ou de outra escola onde estudou?

A_19 1. Sim 2. Não

Com que adultos você mora? (*Você pode marcar mais de uma resposta*):

A_20	<input type="checkbox"/> Mãe	A_22	<input type="checkbox"/> Madrasta	A_24	<input type="checkbox"/> Avô
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? (*Escreva o número*): _____

APÊNDICE B – Cartaz



APÊNDICE C – Fôlder

Quem somos

Somos Enfermeiros, Médicos, Psicólogos e Sociólogos que formam o Grupo de Estudos do Comportamento na Infância e Adolescência (GECIA) da UFRGS. Juntos, criamos o *Programa antibullying na escola*, que visa promover ações em escolas públicas de Porto Alegre, mapeando e analisando todos os aspectos envolvidos na prática do bullying.

Os resultados da pesquisa também servirão para a construção de um manual que será disponibilizado gratuitamente para as escolas de todo o Brasil. O guia visará instrumentalizar professores, pais e alunos com as mais variadas informações sobre o tema. Todos os pesquisadores envolvidos possuem vasta experiência no assunto e acreditam, assim como você, que ainda existem alternativas não experimentadas que nos conduzam a um mundo menos violento e mais humano. Bullying não é engraçado, não é normal e não deve ser tratado como tal.

EU APOIO
Programa Antibullying na Escola

ESQUADRÃO ANTI BULLYING
Programa Antibullying na Escola

Programa antibullying na escola

COORDENADOR

GECIA
Grupo de Estudos do Comportamento na Infância e Adolescência

CNPq
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UFRGS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



Alunos	Pais	Professores
<p>Fazer bullying não é engraçado, nem normal. Esse comportamento pode magoar e deixar marcas para toda vida.</p> <p>Sofrer bullying também não é normal. Converse com um adulto se isso estiver acontecendo com você.</p> <p>Se você presenciar uma situação de bullying, conte para um professor ou outro adulto em quem você confia. Isso não é fofoque! Você estará ajudando seus colegas.</p> <p>Respeite a todos! Não discrimine ninguém pela sua aparência, estilo ou jeito de ser. Você também é diferente dos outros.</p> <p>Não deixe de fora seus colegas. Chame-os para participar das brincadeiras e atividades. Você estará ganhando mais um amigo.</p> <p>Tenha orgulho de quem você é. As pessoas são diferentes e isso as torna únicas.</p> 	<p>Seja presente e se interesse pela vida escolar do seu filho.</p> <p>Converse, ouça e observe seu filho: alguns sinais podem indicar que seu filho está envolvido com bullying.</p> <p>As vítimas de bullying costumam se isolar, ter medo de ir à escola e ter poucos amigos.</p> <p>Os agressores costumam ser explosivos, irritados ou desafiadores.</p> <p>Seja um bom exemplo: seu comportamento reflete nas atitudes do seu filho, para o bem e para o mal.</p> <p>Valorize o que o professor tem a dizer sobre seu filho. Nem sempre ele se comporta na escola como se comporta na sua presença.</p> <p>Seja firme sobre o bullying. Explique que não é normal passar por isso e não é aceitável agredir os outros.</p> <p>Una-se a outros pais para garantir que a escola seja um ambiente saudável para seu filho.</p> 	<p>Você é o exemplo de liderança. Suas atitudes influenciam a forma como seus alunos se relacionam e se comportam.</p> <p>Mostre-se disponível. Encoraje seus alunos a falar sobre suas dificuldades e não ignore suas queixas.</p> <p>Seja próximo dos familiares dos alunos e troque informações. Muitas atitudes dos alunos podem refletir situações de violência em casa.</p> <p>Promova relações saudáveis entre os alunos. Ensine-os que as diferenças fazem parte da vida de todos e é necessário respeitá-las.</p> <p>Passa mais tempo no recreio. A presença de um adulto desencoraja o bullying.</p> <p>Conheça os recursos da rede na área de sua escola: serviços de saúde, conselhos tutelares, projetos comunitários, etc.</p> 

APÊNDICE D – Termo De Dissentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS) GRUPO DE ESTUDOS EM COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (GECIA)

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul estará realizando uma série de atividades na escola de seu filho. O objetivo dessas atividades é levantar os problemas da escola e as situações associadas ao bullying entre os alunos. 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 ocorrer através de exclusão, isto é, 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 depressão, ansiedade e envolvimento em situações de delinquência.

O estudo intitulado “Programa antibullying na escola: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster” tem como objetivo verificar se conversar sobre o tema pode auxiliar a diminuir e prevenir a ocorrência de bullying, tornando a escola um espaço mais seguro e adequado para o seu filho estudar. Essas ações envolvem seu filho, os professores e também você, pois será convidado a participar, se assim o desejar. As atividades não são obrigatórias, mas quanto maior a participação, melhores resultados são esperados.

Para sabermos se o objetivo foi alcançado, seu filho e os professores responderão a questionários de avaliação antes e depois da implementação das ações. O preenchimento levará em torno de 30 minutos e será feito nas dependências da escola sob supervisão de um integrante do grupo da pesquisa. As informações obtidas são confidenciais e o nome dos participantes não será revelado. O risco de participar deste estudo é mínimo e poderá estar relacionado com o desconforto em responder às perguntas. Informaremos aos pais dos alunos cujos questionários evidenciarem necessidade de tratamento e faremos a devida orientação para que este se realize.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e 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 o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Seus direitos sobre a participação na pesquisa poderão ser obtidos pelo telefone 3289-5517.

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.

Caso você **NÃO** aceite que seu filho(a) participe do projeto, gostaríamos que assinasse abaixo e que devolvesse o termo à escola em um prazo máximo de **SETE** dias.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

NÃO autorizo meu filho(a) _____, a participar.

Porto Alegre,de.....de

Nome do pai / mãe ou responsável: _____

Assinatura: _____

Contato dos Pesquisadores:

Profª Drª Elizeth Heldt e Enfª MS Gabriela Bottan:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem /UFRGS Fone: 3359-8573

e-mail: gecia2013@gmail.com

APÊNDICE E – Termo de Assentimento

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS) GRUPO DE ESTUDOS EM COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (GECIA)

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul estará realizando uma série de atividades sua escola para conhecer os problemas e as situações associadas ao bullying entre os alunos. 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 ocorrer através de exclusão, isto é, quando os colegas fazem com que o outro aluno se sinta inferior e indesejado.

O estudo intitulado “Programa antibullying na escola: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster” tem como objetivo verificar se conversar sobre o tema pode prevenir o bullying, tornando a escola um espaço mais seguro e adequado para você estudar. Essas ações envolvem, além de você, os professores e os pais. As atividades não são obrigatórias, mas quanto maior a participação, melhores resultados são esperados.

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 feito na sala de aula. As informações dos questionários são confidenciais e o seu nome não será revelado. O risco de participar deste estudo é mínimo e poderá estar relacionado com o desconforto em responder às perguntas.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e 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 o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Seus direitos sobre a participação na pesquisa poderão ser obtidos pelo telefone 32895517.

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.

Caso você aceite participar do projeto, gostaríamos que assinasse abaixo.

Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Porto Alegre,de.....de

Nome: _____

Assinatura: _____

Contato dos Pesquisadores:

Profª Drª Elizeth Heldt e Enfª MS Gabriela Bottan:

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem /UFRGS Fone: 3359-8573

e-mail: gecia2013@gmail.com

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 mês	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 de algum 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 mês	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 meu 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 de algum 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 – Questionários de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C)

Instruções: Por favor, marque para cada item um dos três quadrados: “falso”, “mais ou menos verdadeiro” ou “verdadeiro”. Também nos ajudará se você responder a todos os itens da melhor maneira possível, mesmo que 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.

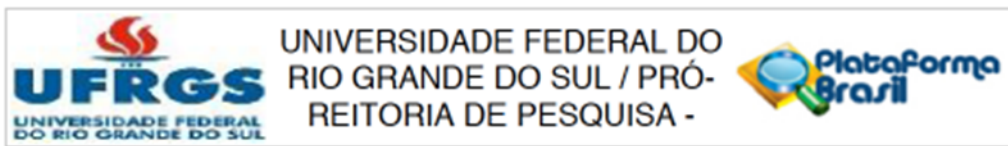
		Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
1.	Tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando 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.	Fico muito bravo e geralmente perco a paciência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Estou quase sempre sozinho. 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.	Tenho pelo menos um bom amigo ou amiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Brigo muito. 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.	Perco facilmente a concentração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente. Perco facilmente 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 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.	Penso antes de fazer as coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	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 e prestar atenção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO D – Affective Reactivity Index (ARI)

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 a 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 irrita 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.	Minha irritabilidade costuma me causar problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E – Carta de Aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA ANTIBULLYING NA ESCOLA: epidemiologia, etiologia e intervenções avaliadas em ensaio clínico randomizado em cluster

Pesquisador: Elizeth Paz da Silva Heldt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19651113.5.3001.5347

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/ SMSPA

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 603.006-0

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto foi aprovado pelo CEP-SMSPA, sendo o CEP-UFRGS co-participante. Chancelado pela EENFUFGRGS, vincula-se ao Programa de Pós-Graduação. Conta com financiamento pelo CNPq, orçado em R\$ 26.810,00. Duração do Estudo: 34 meses (2013 /2014 /2015)

Na problematização, consta argumentação consistente sobre o bullying, o qual tem se mostrado um problema crescente nas escolas, envolvendo um terço dos alunos como agressor ou como vítima. Realça sobre os seguintes aspectos: a violência, em geral, assim como no ambiente escolar, é multicausal e, exatamente por este motivo, difícil de ser controlada. As intervenções visando prevenir e diminuir a ocorrência de bullying no ambiente escolar têm sido propostas e executadas principalmente na América do Norte e na Europa. A maioria destes programas foi desenvolvida por estudiosos do assunto que atualmente comercializam seus pacotes de intervenção. Assim, ainda que muitas intervenções sejam propostas, poucas são aquelas que chegam ao domínio público e, menos ainda, aquelas que são adaptáveis à realidade das escolas públicas brasileiras. Aponta a importância do papel da universidade pública nessas questões, através de pesquisas, tal como a proposta do projeto em pauta, considerando que possa elaborar e testar alternativas factíveis e reproduzíveis dentro dos ambientes com as limitações conhecidas das escolas públicas no Brasil.

POPULAÇÃO: turmas de alunos do 5º ao 9º ano diurno de escolas de ensino fundamental (EMEF), da rede pública municipal de ensino de Porto Alegre. A cidade é composta de 10 microrregiões e o município possui 48 EMEF. Para a amostra ser representativa, uma escola de cada microrregião foi convidada a participar.

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL: 2000 alunos, 100 professores – contingente duplicado em razão dos grupos controle) - utilizadas correções para comparações múltiplas, caso sejam medidos outros desfechos de forma complementar.

Com o estudo, os autores pretendem fornecer subsídios para instrumentalizar profissionais da atenção primária em saúde para exercer seu papel preventivo, atendendo às necessidades estabelecidas pelo Programa Saúde na Escola, do governo federal.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha	CEP: 90.040-060		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propeq.ufrgs.br	

OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a eficácia de um programa com intervenções antibullying para alunos e suas famílias, a equipe diretiva, de professores e demais funcionários de escolas públicas.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Verificar a prevalência de bullying em escolas municipais de Porto Alegre, RS;
- Verificar a associação de bullying com o clima escolar, do ponto de vista de alunos e professores;
- Avaliar a eficácia da intervenção sistêmica antibullying, envolvendo os alunos e suas famílias, a equipe diretiva, os professores e demais funcionários da escola;
- Avaliar a eficácia da intervenção antibullying específica para os alunos com maiores escores na escala de bullying;
- Verificar se habilidades sociais, regulação emocional e irritabilidade são preditores de melhora na intervenção antibullying específica;
- Elaborar um manual para ser disponibilizado gratuitamente para as escolas públicas sobre políticas e ações que visem prevenir e diminuir a prevalência de bullying.

Objetivo da Pesquisa:

RISCOS: Explicitado que a participação envolve riscos mínimos relacionados com o desconforto em responder as perguntas. Será combinado com a escola os horários das intervenções, de forma o aluno não seja prejudicado academicamente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIOS: Com as atividades previstas, visualiza-se diminuição e prevenção da ocorrência de bullying, tornando a escola um espaço mais seguro e adequado para os alunos, professores e demais funcionários.

COMENTÁRIOS E CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um ensaio clínico randomizado por cluster, com duas etapas de intervenção antibullying: intervenção sistêmica e intervenção específica.

A Intervenção Sistêmica (1ª ETAPA) envolve quatro níveis de intervenção:

- 1) com a equipe diretiva da escola
- 2) com os professores e demais funcionários
- 3) com os alunos
- 4) com os pais

Na Intervenção Específica (2ª ETAPA), serão convidados a participar 3 alunos de cada classe com os maiores escores de bullying e psicopatologia.

INSTRUMENTOS COM FOCO NOS ALUNOS: Questionário de Avaliação de Bullying; School Climate Bullying Survey (SCBS); Inventário de Habilidades Sociais para Adolescente (IHSA); Affective Reactivity Index (ARI) versão autoaplicável; Questionário de Capacidades de Dificuldades (SDQ) - versão autorrelato e o Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) versão autoaplicável.

INSTRUMENTOS COM FOCO NOS PROFESSORES: o SCBS apenas as primeiras questões de bullying, o questionário de avaliação do clima escolar (ANEXO H), o ARI versão para professor, sobre alunos; e o ICU versão para professor.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (ESCOLAS): Form indicadas nove escolas que pertencem à rede de escolas públicas municipais de ensino de Porto Alegre, devendo ter entre 500 e 1500 alunos do ensino fundamental em período diurno e ter representação dos seguintes anos: 5º, 6º, 7º, 8º e 9º, com ao menos uma turma de cada. Deverá ter assinado pela diretora (ou seu representante) termo de interesse em participação na pesquisa, uma vez conhecendo as condições para realização, apresentadas pela equipe de pesquisa em reunião com equipe de professores e direção.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (ALUNOS): além de estarem

matriculados entre a 5º ao 9º ano, com idades de 10 a 17 anos, de ambos os sexos, deverão estar presentes em sala de aula nos dias de coleta de dados.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (ESCOLAS): escolas

que tem turmas do ensino médio no seu período diurno concomitantemente aos do ensino fundamental.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (ALUNOS): aqueles que apresentarem diagnóstico conhecido pela escola de retardo mental ou transtorno global do desenvolvimento.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro			
Bairro: Farroupilha	CEP: 90.040-060		
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE		
Telefone: (51)3308-3738	Fax: (51)3308-4085	E-mail: etica@propesq.ufrgs.br	

ANÁLISE DOS DADOS: As análises multivariadas serão realizadas para controle de confundidores (p 0.20 de associação com desfecho e fator em estudo).

Os dados serão analisados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0. O nível de significância a ser adotado será o de 0,05 com intervalo de confiança (IC) de 95%. O efeito da intervenção nas variáveis contínuas será verificado através de modelo de regressão logística multivariada, que é a forma apropriada de análise para estudos em cluster em que os resultados são observados nos alunos (nível 1), nas turmas (nível 2) e na escola (nível 3). O modelo será estimado através de métodos de Monte Carlo via Cadeias de Markov (MCMC), que melhor fornece estimativa quando o número de unidades do cluster é pequeno. Prevêem-se análises intention-to-treat, usando os escores do baseline para perdas pós-intervenção.

Apresenta autorização assinada pelos representantes legais das escolas - campo do estudo.

Apresenta Termo de Dissentimento

Apresenta TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Recomendações:

Parecer anterior, de não aprovado, indicava "- O uso de Termo de Dissentimento não é adequado, não existe garantia de que os responsáveis terão acesso ao termo e poderão manifestar-se. - Não existe previsão de atendimento/acompanhamento dos participantes que forem detectadas como alvos de bullying."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Autores responderam: "O CEP da co-participante UFRGS não aprovou o projeto por considerar não adequado o termo de dissentimento e por não estar previsto o atendimento aos casos de bullying.

Considerando o parecer do CEP UFRGS, informo que foi acrescentado na página 36 do projeto um termo de assentimento para os alunos, correspondendo a etapa 1 da pesquisa, que corresponde a fase de rastreamento de bullying. Na etapa 2, que corresponde a intervenção, já estava previsto TCLE para os pais e para os alunos. Optamos por manter o termo de dissentimento para os pais uma vez que vem sendo utilizado em pesquisas em nosso meio na etapa de rastreamento, conforme estamos propondo. Os resultados dos estudos foram publicados em periódicos nacionais e internacionais, sem questionamento ético. Também consta em um artigo recente sobre pesquisa e ética a utilização de *assent* (or *dissent*) como alternativas. De fato, mesmo depois de ter assinado um TCLE, o participante pode, em qualquer momento, não concordar em participar mais da pesquisa. Com o termo de dissentimento estamos propondo a não-autorização desde o início da pesquisa. Agora, acrescentando o assentimento do aluno fortalecemos a liberdade do mesmo em participar ou não, mesmo com a autorização dos pais.

Em relação ao atendimento nos casos de bullying, está previsto na etapa 2 uma intervenção específica para os alunos envolvidos com bullying, tanto como agressor ou como vítima. Assim, esse apontamento do CEP UFRGS está atendido no projeto."

São apontadas as referências utilizadas para a manutenção do termo de dissentimento.

Situação do Parecer: **Aprovado**

Este parecer reemitido substitui o parecer número 603006 gerado na data 08/01/2014 18:21:03, onde O número CAAE foi alterado de 19651113.5.0000.5338 para 19651113.5.3001.5347.

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2014

Assinador por:

PORTO ALEGRE, 12 de Abril de 2014

 Assinador por:
 MARIA DA GRAÇA CORSO DA BOTTA
 (Coordenadora)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
 Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br