

## Prevalence and characteristics of school age bullying victims

### *Prevalência e características de escolares vítimas de bullying*

Danilo Rolim de Moura<sup>1</sup>, Ana Catarina Nova Cruz<sup>2</sup>, Luciana de Ávila Quevedo<sup>3</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** Descrever a prevalência de vítimas de *bullying*, suas características e os sintomas associados nas áreas emocionais, de conduta, hiperatividade e relacionamento.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte que avalia transtornos de leitura, escrita e aritmética em 1.075 alunos, da 1ª à 8ª série, de duas escolas públicas de ensino fundamental de um bairro de classe média baixa de Pelotas (RS). Foi utilizado o questionário KIDSCAPE para avaliar a prevalência de *bullying* e o Strengths and Difficulties Questionnaire para avaliar características comportamentais das vítimas.

**Resultados:** A prevalência de *bullying* foi de 17,6%. O tipo de intimidação mais prevalente foi o verbal, seguido do físico, emocional, racial e sexual. Após o ajuste para os fatores de confusão, o *bullying* se manteve associado com sexo masculino (RP 1,49 IC95% 1,14-1,96), com hiperatividade (RP 1,89 IC95% 1,25-2,87) e problemas de relacionamento com os colegas (RP 1,85 IC95% 1,24-2,76). Entre as vítimas, 47,1% também provocavam *bullying*.

**Conclusão:** Este estudo identificou as características comportamentais das vítimas de *bullying* que podem ser úteis para políticas locais de proteção aos alvos de *bullying*.

*J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(1):19-23: Prevalência, vítimas de *bullying*, violência infantil, SDQ, KIDSCAPE.

#### Abstract

**Objective:** To describe the prevalence of bullying victims, the characteristics of those victims and their associated symptoms in the domains of emotion, behavior, hyperactivity and peer relationships.

**Methods:** This was a cross-sectional study nested in a cohort that assesses disorders of reading, writing and arithmetic in 1,075 students enrolled in the first to eighth grades of two public schools in a lower-middle-class neighborhood of the city of Pelotas, RS, Brazil. The KIDSCAPE questionnaire was used to evaluate the prevalence of bullying and the Strengths and Difficulties Questionnaire was used to assess victims' behavioral characteristics.

**Results:** The prevalence of bullying was 17.6%. The most prevalent type of intimidation was verbal, followed by physical, emotional, racial and sexual. After adjustment for confounding factors, bullying was still associated with male sex (PR 1.49 95%CI 1.14-1.96), hyperactivity (PR 1.89 95%CI 1.25-2.87) and peer relationship problems (PR 1.85 95%CI 1.24-2.76). Among the victims of bullying, 47.1% had also initiated bullying.

**Conclusion:** This study has identified the behavioral characteristics of bullying victims which may prove useful for local policies designed to protect the targets of bullying.

*J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(1):19-23: Prevalence, bullying victims, child violence, SDQ, KIDSCAPE.

#### Introdução

O *bullying* é uma prática encontrada em todas as culturas<sup>1</sup> e acarreta sofrimento psíquico, diminuição da autoestima, isolamento, prejuízos no aprendizado e no desempenho acadêmico. Estudos descrevem intervenções bem sucedidas,

baseadas em ações multidisciplinares que envolvem os vários níveis de prevenção<sup>2,3</sup>. O conhecimento sobre as características comportamentais dos estudantes que são alvos das agressões e intimidações pode auxiliar nas ações voltadas à

1. Mestre, Medicina e Ciências da Saúde/Neurociências. Pediatra, Departamento Materno Infantil, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS. Coordenador, Programa Para Aprender Melhor, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Programa de Prevenção à Violência (PPV), Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SESRS), UFPEL, Pelotas, RS. Chefe, Ambulatório de Transtornos do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Núcleo de Neurodesenvolvimento Prof. Mario Coutinho, UFPEL, Pelotas, RS.

2. Mestre, Saúde e Comportamento. Psicóloga. Coordenadora, Programa Para Aprender Melhor, UNESCO, PPV, SESRS, UFPEL, Pelotas, RS. Ambulatório de Transtornos do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Núcleo de Neurodesenvolvimento Prof. Mario Coutinho, UFPEL, Pelotas, RS.

3. Mestre, Saúde e Comportamento. Psicóloga. Coordenadora, Programa Para Aprender Melhor, UNESCO, PPV, SESRS, UFPEL, Pelotas, RS. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas (UCPEL), Pelotas, RS.

Não foram declarados conflitos de interesses associados à publicação deste artigo

**Como citar este artigo:** de Moura DR, Cruz AC, Quevedo LA. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(1):19-23.

Apoio financeiro: Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através de seu Programa de Prevenção da Violência e da UNESCO.

Artigo submetido em 19.07.10, aceito em 21.09.10.

doi:10.2223/JPED.2042

proteção de vítimas de *bullying*<sup>4</sup>. Um estudante é considerado vítima de *bullying* quando é repetidamente exposto a ações negativas de parte de um ou mais estudantes. Estas ações negativas podem dar-se na forma de contato físico, abuso verbal ou com expressões ou gestos rudes. Espalhar rumores e excluir a vítima de um grupo também são formas comuns de violência. *Bullying* implica em um desequilíbrio de força entre o ameaçador e a vítima, o que caracteriza uma relação de poder assimétrica<sup>5</sup>. Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima<sup>6</sup>.

As vítimas, frequentemente, têm um sentimento de insegurança que as impede de solicitar ajuda. Fazem poucas amizades, são passivos e não reagem aos atos de agressividade. Muitos passam a ter prejuízos no seu desempenho escolar, recusam-se a ir para a escola e às vezes simulam doenças. Não raro trocam de colégio ou abandonam os estudos<sup>7</sup>. A presença de transtornos mentais em vítimas de *bullying* também é evidenciada. Estudos apontam que crianças vitimizadas podem apresentar risco de suicídio, depressão, ansiedade e problemas de relacionamento<sup>6,8</sup>.

Devido à presença de transtornos comportamentais e de aprendizagem, são necessárias estratégias de intervenção desenvolvidas a partir do conhecimento dos tipos e das prevalências de *bullying* nas diferentes comunidades<sup>9,10</sup>.

Este estudo teve como objetivo descrever a prevalência e as características das vítimas de *bullying* em duas escolas públicas.

## Métodos

Este estudo foi realizado com 1.075 estudantes de duas escolas públicas de ensino fundamental do bairro Fragata de Pelotas (RS), uma municipal e outra estadual. Todas as crianças dessas escolas, entre a 1ª e a 8ª série, foram incluídas no estudo.

Nossa amostra é de conveniência porque escolhemos escolas vizinhas à Faculdade de Medicina. Nosso estudo maior prevê intervenções que só se viabilizam em escolas próximas ao nosso ambulatório. Foram realizadas entrevistas domiciliares, por entrevistadoras treinadas e supervisionadas por dois epidemiologistas. Os estudantes responderam ao questionário KIDSCAPE, utilizado pela instituição inglesa de mesmo nome para identificação de *bullying*<sup>11</sup>. Para a definição do desfecho, foi perguntado quantas vezes o sujeito sofreu algum tipo de intimidação, sendo considerado *bullying* quando aconteceu mais de uma vez no último mês. A idade foi categorizada entre 6 e 8 anos; 9 e 11 anos; e 12 e 18 anos. Em relação ao local onde aconteceu, foram considerados: indo ou vindo da escola; no pátio; nos banheiros da escola; na sala de aula; no refeitório da escola; ou em outro lugar. Quanto às consequências, foram classificadas em: não teve consequências; algumas consequências ruins; terríveis consequências; e fez você mudar de escola. O tipo de vitimização foi classificado em: físico; verbal; emocional; sexual; ou racista. Por fim, foi perguntado se já intimidou, agrediu ou assediou alguém. Para avaliação de fatores

emocionais e comportamentais da criança, foi utilizado o questionário de capacidades e dificuldades denominado Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)<sup>12</sup> em crianças e pais. O SDQ é utilizado para triagem de problemas de saúde mental em crianças dos 4 aos 17 anos. Este instrumento foi aplicado por entrevistadoras aos pais de crianças menores de 11 anos. Acima desta idade, foi aplicado nos pais e nas próprias crianças. O instrumento é composto por 25 itens, que são divididos em cinco subescalas, com cinco itens cada uma, resultando em escores de sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento e comportamento pró-social<sup>10</sup>. Os itens das quatro primeiras escalas geram um escore total de dificuldades.

Foram calculadas as razões de prevalência com intervalo de confiança de 95%. A análise multivariada foi realizada utilizando a regressão de Poisson, mais adequada para a análise de estudos transversais com desfechos binários de regressão logística, uma vez que a razão de prevalência é mais fácil de interpretar e comunicar a não especialistas que o *odds ratio*<sup>13</sup>. Os dados foram digitados no programa EPI-INFO, com dupla entrada e a análise ajustada foi realizada no Stata 9.

Este estudo é parte de um estudo maior que tem como objetivo identificar as prevalências de transtornos de desenvolvimento do aprendizado (dislexia e discalculia), transtornos comportamentais e fatores estressores nas famílias e professores. Tem o patrocínio da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, através de seu Programa de Prevenção da Violência e da UNESCO.

Todos os responsáveis pelos alunos assinaram um termo de consentimento livre e informado, manifestando sua concordância em participar do estudo, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), sob o protocolo nº 093/09.

## Resultados

Das 1.119 crianças matriculadas nas duas escolas, realizamos 1.075 entrevistas domiciliares, com uma perda de 4%.

Por não existir diferença estatisticamente significativa entre as duas escolas nas características socioeconômicas e de instrução materna, foi considerada, para efeito da análise, a soma dos alunos das escolas. Em nossa amostra, 52,7% eram do sexo masculino. Do total de estudantes, 28,5% estavam entre 6 e 8 anos de idade; 32%, entre 9 e 11 anos; e 39,6%, entre 12 e 18 anos. Cursavam as quatro primeiras séries, 56,5% dos alunos; e o restante, da 5ª à 8ª série.

A prevalência de estudantes que sofreram *bullying* foi de 17,6%. A maioria das agressões aconteceu no pátio da escola (55,1%). Quanto ao tipo de intimidação, 75,1% foram verbais, 62,4% físicas, 23,8% emocionais, 6,3% racistas e 1,1% sexuais. Dentre as vítimas, 47,1% revelaram já ter provocado *bullying* na escola.

A Tabela 1 mostra, na análise bruta, o sexo masculino, problemas emocionais, de conduta, de hiperatividade e de relacionamento associados à vitimização ao *bullying*. Na

**Tabela 1** - Características da amostra das duas escolas

Características	Escola 1	Escola 2	p
Média de anos de estudo materno	6,73 (3,24)	7,02 (3,49)	0,158
Idade			0,455
De 6 a 8	151 (27,7%)	155 (29,2%)	
De 9 a 11	168 (30,8%)	175 (33%)	
De 12 a 18	226 (41,5%)	200 (37,7%)	
Sexo			0,995
Masculino	287 (52,7%)	279 (52,6%)	
Feminino	258 (47,3%)	251 (47,4%)	
Série			0,646
Até 4ª	304 (55,8%)	303 (57,2%)	
De 5ª a 8ª	241 (44,2%)	227 (42,8%)	
SDQ emocional			0,947
Normal	238 (44,1%)	227 (43,1%)	
Limítrofe	108 (20%)	107 (20,3%)	
Anormal	194 (35,9%)	193 (36,6%)	
SDQ conduta			0,000
Normal	259 (48%)	325 (61,7%)	
Limítrofe	79 (14,6%)		
69 (13,1%)			
Anormal	202 (37,4%)	133 (25,2%)	
SQD hiperatividade			0,028
Normal	297 (55,3%)	329 (62,8%)	
Limítrofe	86 (16%)	61 (11,6%)	
Anormal	154 (28,7%)	134 (25,6%)	
SDQ relacionamento			0,641
Normal	337 (62,6%)	344 (65,4%)	
Limítrofe	62 (11,5%)	57 (10,8%)	
Anormal	139 (25,8%)	125 (23,8%)	

SDQ = *Strengths and Difficulties Questionnaire*.

análise ajustada, a associação se manteve com sexo do aluno ( $p = 0,003$ ), sendo mais prevalente entre os meninos (RP 1,49 IC95% 1,14-1,96). Os domínios hiperatividade ( $p = 0,002$ ) e problemas de relacionamento com os colegas ( $p = 0,003$ ) do SDQ também se mantiveram associados ao desfecho. Os alunos que pontuaram hiperatividade no SDQ (RP 1,89 IC95% 1,25-2,87) e com problemas de relacionamento com os colegas (RP 1,85 IC95% 1,24-2,76) tiveram uma maior probabilidade de estarem associados à vitimização.

## Discussão

A prevalência de 17,6% encontrada em nossas escolas está próxima das encontradas em estudos realizados em outros países e no Brasil. Nos estudos pioneiros de Olweus, em torno de 15% dos estudantes suecos estavam envolvidos como vítimas ou provocadores de *bullying*<sup>2</sup>. Um estudo realizado em 2002, com 5.875 estudantes de 5ª a 8ª séries, de 11 escolas localizadas no município do Rio de Janeiro, revelou que 16,9% dos estudantes sofreram *bullying*<sup>7</sup>. Estes achados reforçam o caráter universal do problema, porém

uma limitação desse tipo de comparação pode decorrer das diferentes definições de *bullying*<sup>14</sup>. A maior prevalência de vítimas de *bullying* entre os meninos é compatível com outras investigações<sup>15-17</sup>. Uma possível explicação pode ser dada no sentido de que os meninos sofrem *bullying* de uma forma física mais direta, enquanto que as meninas, de forma verbal e exclusão, o que é menos visível e percebido.

Estudos mostraram que a prevalência de *bullying* diminui à medida que a idade aumenta<sup>1,15,17</sup>, o que também foi verificado em nosso estudo.

Em relação ao tipo de *bullying*, o verbal foi o mais prevalente. A utilização de apelidos, muitas vezes pejorativos ou que se refiram a determinada característica física ou fragilidade das vítimas, pode explicar o predomínio desse tipo. Este achado está de acordo com outros autores em que a forma verbal foi a mais prevalente, seguida da física<sup>18,19</sup>. Apenas dois estudantes (1,1%) relataram terem sido vítimas de ameaças ou assédio sexual; estes achados contrastam com dois estudos americanos que encontraram resultados em que 27% dos estudantes foram alvos frequentes de assédio sexual durante seus anos escolares<sup>20</sup>. Uma possível explicação

é que o assédio ou ameaça sexual, expresso por palavras, tenha sido interpretado como do tipo *bullying* verbal.

Na análise dos fatores comportamentais associados às vítimas de *bullying*, após análise ajustada, permaneceram associados ao desfecho, os estudantes com problemas de relacionamentos e hiperatividade. Estes achados são plausíveis com as características de parte das crianças vítimas de *bullying* que tendem a ser tímidas e com dificuldades de relacionamento com seus pares. Já a associação com a hiperatividade pode corresponder a outro tipo de vítima, com um perfil provocativo. Neste tipo, a vítima exibe uma combinação de ansiedade e traços agressivos e, às vezes, provoca colegas por sua hiperatividade e comportamento irritante<sup>2</sup>. Este tipo também pode explicar o achado de nosso estudo de que 47,1% dos que eram vítimas também provocavam *bullying*, o que é compatível com outro estudo em que metade das vítimas também tinha atitudes agressivas com seus colegas<sup>21</sup>. É possível que não exista um separador absoluto entre vítimas e provocadores de *bullying*. Esse tipo de resposta pode acontecer não só por suas características comportamentais, mas como mecanismo de defesa. Uma das limitações deste estudo foi a impossibilidade de verificar o efeito da causalidade. Por ser um estudo transversal, não foi possível afirmar se as crianças hiperativas e com problemas de relacionamento sofrem mais *bullying* ou manifestam esses comportamentos por serem vitimizadas. Outra limitação deste estudo é a nossa amostra de conveniência, que englobou duas escolas vizinhas à Faculdade de Medicina, o que limita o poder de generalização e de inferência a partir de nossos achados. Em relação ao instrumento utilizado para identificação de vítimas de *bullying* (KIDSCAPE), não existe uma adaptação à população brasileira, apenas uma tradução, o que limita nossos resultados relacionados à prevalência.

O *bullying* pode ser precursor de transtornos de personalidade antissocial e outros comportamentos violentos na adolescência e idade adulta<sup>22</sup>. É possível que programas de intervenção precoce possam ter algum papel na prevenção do comportamento antissocial, delinquente e criminoso<sup>23</sup>. Os programas e intervenções, em nosso meio, devem considerar a intersecção entre provocadores e vítimas.

Para o melhor entendimento da violência no Brasil, são necessários estudos sobre a história natural dos transtornos de comportamento disruptivos, abrangendo outras variáveis ligadas a características familiares<sup>24</sup> e outras exposições<sup>25</sup>; e também entender se, no seu curso, há algum período de janela em que os comportamentos possam ser mais facilmente modificados. Há necessidade de estudos amplos sobre *bullying*, de delineamento longitudinais e amostras representativas, para que se possam traçar políticas mais amplas de prevenção e redução de danos em crianças vítimas de violência.

## Conclusão

Nosso estudo identificou as características comportamentais de estudantes vítimas de *bullying* que podem ser úteis para políticas locais de intervenção e fonte de hipóteses para futuros estudos.

## Agradecimentos

Os autores desejam agradecer ao Secretário Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SESRS), Osmar Terra, que compartilha conosco a preocupação de estabelecer políticas de prevenção de violência baseada em evidências e foi o grande incentivador deste estudo. Agradecemos aos familiares dos estudantes, às professoras da Escola Estadual Lima e Silva e da Escola Municipal Nossa Senhora de Lourdes, a Jane da Lacorte, coordenadora do Programa de Prevenção da Violência da SESRS, a Antônio Bosko, da SESRS, e à UNESCO pelo financiamento do Programa Para Aprender Melhor.

## Referências

1. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, et al. *Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries*. *Eur J Public Health*. 2005;15:128-32.
2. Olweus D. *Bullying at school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers; 1993.
3. WHO/UNESCO/UNICEF Consultation on Strategies for Implementing Comprehensive School Health Education/Promotion Programmes. *Comprehensive school health education: suggested guidelines for action*. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Olweus D, Limber SP. *Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program*. *Am J Orthopsychiatry*. 2010;80:124-34.
5. Olweus D. *Bullying at school: tackling the problem*. *Observer*. 2001;225:24-6.
6. Forero R, McLellan L, Rissel C, Bauman A. *Bullying behaviour and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey*. *BMJ*. 1999;319:344-8.
7. Lopes Neto AA, Figueira IS, Saavedra LH. *Diga não para o bullying - programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. [www.bullying.com.br](http://www.bullying.com.br). Acesso: 04/09/2010.
8. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. *Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers*. *BMJ*. 2001;323:480-4.
9. Russell PS, Nair MK. *Strengthening the Paediatricians Project 1: The need, content and process of a workshop to address the Priority Mental Health Disorders of adolescence in countries with low human resource for health*. *Asia Pac Fam Med*. 2010;9:4.
10. Russell PS, Nair MK. *Strengthening the Paediatricians Project 2: The effectiveness of a workshop to address the Priority Mental Health Disorders of adolescence in low-health related human resource countries*. *Asia Pac Fam Med*. 2010;9:3.
11. *Kidscape: preventing bullying, protectin children*. <http://www.kidscape.org.uk/>. Acesso: 04/09/2010.
12. Goodman R. *The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note*. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.
13. Barros AJ, Hirakata VN. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio*. *BMC Med Res Methodol*. 2003;3:21.
14. Solberg ME, Olweus D. *Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire*. *Aggress Behav*. 2003;29:239-68.
15. Garcia Continente X, Pérez Giménez A, Nebot Adell M. *Factors related to bullying in adolescents in Barcelona (Spain)*. *Gac Sanit*. 2010;24:103-8.
16. Liang H, Flisher AJ, Lombard CJ. *Bullying, violence, and risk behavior in South African school students*. *Child Abuse Negl*. 2007;31:161-71.

17. Seals D, Young J. *Bullying and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem, and depression*. *Adolescence*. 2003;38:735-47.
18. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. *School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber*. *J Adolesc Health*. 2009;45:368-75.
19. Beaty LA, Alexeyev EB. *The problem of school bullies: what the research tells us*. *Adolescence*. 2008;43:1-11.
20. Gruber JE, Fineran S. *The impact of bullying and sexual harassment on middle and high school girls*. *Violence Against Women*. 2007;13:627-43.
21. Undheim AM, Sund AM. *Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12- to 15-year-old Norwegian adolescents*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010.
22. Lopes Neto AA. *Bullying: comportamento agressivo entre estudantes*. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81:S164-72.
23. Webster-Stratton C, Jamila Reid M, Stoolmiller M. *Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools*. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:471-88.
24. Eymann A, Busaniche J, Llera J, De Cunto C, Wahren C. *Impact of divorce on the quality of life in school-age children*. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85:547-52.
25. Moreira TC, Belmonte EL, Vieira FR, Noto AR, Ferigolo M, Barros HM. *Community violence and alcohol abuse among adolescents: a sex comparison*. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:244-50.

Correspondência:  
Luciana de Ávila Quevedo  
Rua Almirante Barroso, 1202  
CEP 96010-280 – Pelotas, RS  
Tel.: (53) 8136.8939  
E-mail: lu.quevedo@bol.com.br