Ciência & Saúde Coletiva
cienciaesaudecoletiva.com.br
ISSN 1413-8123. v.31, n.9
DOI: 10.1590/1413-81232026319.18392024PORT

Fatores associados ao *bullying* verbal em adolescentes da Amazônia, segundo a PeNSE, Brasil, 2015

Renata Ferreira dos Santos https://orcid.org/0000-0002-1794-2737 [1]; Zilmar Augusto de Souza Filho https://orcid.org/0000-0002-3146-8445 [2]; Winnie Lagoa de Souza https://orcid.org/0000-0002-7048-8342 [3]

Resumo *A violência escolar pode afetar todos os que estão inseridos na instituição e gerar medo nos estudantes que sofrem agressões. O bullying verbal tem um impacto sobre quem o vivencia e pode ser umas das portas para se chegar à violência física. A amostra contou com 23.977 adolescentes de sete estados da Amazônia no Brasil. Realizou-se a regressão multinomial para verificar a associação das variáveis com as categorias de bullying verbal. Adotou-se o nível de significância estatística de 5%. A prevalência entre os adolescentes da Amazônia no Brasil vitimados pelo bullying verbal na escola foi de 4,3% (IC95% 3,86-4,72); entre aqueles que praticaram o bullying, denominados como perpetradores, de 15,9% (IC95% 15,02-16,87); e entre aqueles que foram vítimas e perpetradores do bullying, 2,0% (IC95% 1,70-2,23). O contexto escolar dos adolescentes na Amazônia brasileira continua sendo um espaço de reprodução da violência e a escola não é a única responsável pela produção da violência. Trata-se de um fenômeno complexo, dinâmico, multifacetado e multicausal, com raízes também em questões macrossociais, econômicas e socioculturais.*
Palavras-chave *Adolescente, Violência, Instituições acadêmicas, Comportamento de risco à saúde, Bullying*

[1] Universidade do Estado do Amazonas. Av. Djalma Batista 3578. 69050-010 Manaus AM Brasil. rfdsantos@uea.edu.br
[2] Universidade Federal do Amazonas. Manaus AM Brasil.
[3] Universidade Nilton Lins. Manaus AM Brasil

Introdução

A violência entre adolescentes é um problema de saúde pública que se manifesta em vários espaços sociais, principalmente na escola. A relação escola-violência engloba tanto a agressão explícita quanto as formas simbólicas, enraizadas nas normas culturais e na desigualdade social[1].

No ambiente escolar, os adolescentes formam laços afetivos fora do contexto familiar, e as relações interpessoais – entre professores e alunos e entre colegas – são fundamentais para o aprendizado e o desenvolvimento de valores[2,3]. Essas dinâmicas podem promover experiências positivas ou levar a conflitos, inclusive o *bullying*[3]. O *bullying* diz respeito à agressão intencional repetida com base no desequilíbrio de poder, manifestando-se verbalmente, fisicamente, relacionalmente ou *online*[4,5]. Suas consequências abrangem impactos de curto a longo prazo e podem desencadear comportamentos de risco à saúde[4,6].

A escola espelha as relações sociais mais amplas e desempenha papel crucial na formação das experiências, da cidadania e da integração social dos adolescentes[5,7,8]. No Brasil, a violência escolar ganhou atenção a partir da década de 1980, inicialmente ligada a vandalismo e furto. A partir da década de 1990, o foco passou a ser os conflitos interpessoais e as questões comportamentais, incluindo o *bullying*[9,10]. Essa violência pode afetar toda a comunidade escolar, comprometendo o bem-estar e o desempenho acadêmico dos alunos[11-15].

A violência verbal, embora frequente, continua sendo subestimada, apesar de seu potencial para se transformar em agressão física[12]. As brigas entre alunos são comuns, conforme demonstrado em estudos internacionais, com prevalência significativa entre os adolescentes[11,16,17]. Pesquisas brasileiras corroboram esses achados, destacando disparidades ligadas à raça, ao status socioeconômico e ao tipo de escola[18-20].

Compreender as especificidades da violência escolar é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes. A conscientização dos fatores de risco contribui para a criação de ambientes educacionais mais saudáveis[7,21,22].

Este estudo analisa os fatores associados ao *bullying* verbal entre adolescentes na Amazônia, com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal que utiliza dados da edição de 2015 da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Foram analisados apenas dados de alunos do 9º ano do ensino fundamental da região Norte do Brasil (estados da Amazônia).

A PeNSE utiliza um projeto de amostragem estratificado, complexo e de múltiplos estágios para representar os alunos brasileiros matriculados em escolas públicas e privadas. Para o presente estudo, foram incluídos 23.977 adolescentes de 714 escolas da região Norte. Foram excluídos os alunos que frequentavam aulas noturnas e os de outras regiões do Brasil.

Instrumentos

Os dados foram coletados por meio de questionários estruturados autoadministrados em *smartphones*. O instrumento abrangeu módulos temáticos, incluindo fatores socioeconômicos, contexto familiar, *bullying*, hábitos alimentares, atividade física, violência e segurança. O banco de dados de 2015 está disponível para acesso público[23].

Variáveis do estudo

A variável de resultado foi o *bullying* verbal, categorizado da seguinte forma:

- Nem sofre, nem pratica: alunos que responderam "não" às perguntas sobre vítima e agressor.
- Vítimas: aqueles que relataram ter sido verbalmente ofendidos ou humilhados por colegas de classe.
- Agressores: aqueles que relataram ter ofendido ou humilhado colegas de classe.
- Vítimas/agressores: aqueles que relataram ter sofrido e praticado *bullying* verbal.

As variáveis independentes incluíram dados sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele/raça, tipo de escola, escolaridade da mãe), indicadores de saúde mental (solidão, insônia, presença de amigos), imagem corporal (percepção e satisfação) e contexto familiar (supervisão, compreensão emocional, intrusão).

Processamento e análise de dados

Os dados foram limpos e processados no programa Stata, versão 14.0, usando o comando svyset para levar em conta os pesos da amostra e o projeto complexo. O teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado para avaliar as associações (nível de significância: 5%). A regressão logística multinomial foi usada para examinar as associações entre as categorias de *bullying* e as variáveis independentes, com "nem sofre, nem pratica" como referência. Os modelos foram ajustados para fatores sociodemográficos, incluindo sexo, idade, cor da pele/raça e tipo de escola.

Resultados

A amostra final incluiu 23.977 adolescentes de sete estados da região amazônica brasileira, selecionados por meio de um processo de amostragem complexo, conforme descrito na seção Métodos. O processo de seleção da amostra está detalhado na Figura 1.

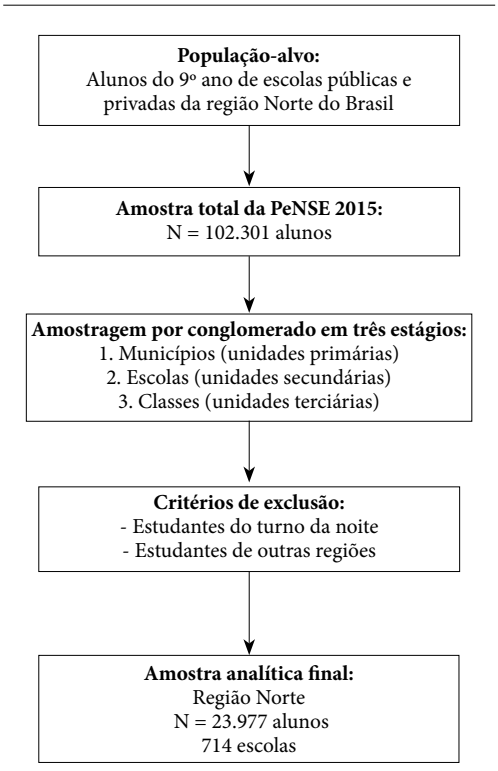


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção da amostra – PeNSE 2015, Norte do Brasil.

Fonte: Autores.

Entre os participantes, 51,4% eram do sexo feminino e 64,7% tinham entre 11 e 14 anos de idade. A maioria dos adolescentes (89,2%) frequentava escolas públicas e se identificou como de cor/raça parda (56,4%). A Tabela 1 apresenta a distribuição dos adolescentes por características sociodemográficas e de saúde mental. Todas as variáveis sociodemográficas mostraram associação estatisticamente significativa com a saúde mental e com as categorias de *bullying*. Observou-se maior prevalência de agressores entre os homens (19,2%), em comparação com as mulheres (12,9%). A vitimização foi mais prevalente entre os adolescentes que se identificaram como de cor/raça amarela (7,4%), enquanto os alunos pardos, brancos e indígenas tiveram taxas próximas a 4%.

Com relação ao *bullying* verbal, a prevalência de vítimas foi de 4,3% (IC95%: 3,86-4,72), de agressores, 15,9% (IC95%: 15,02-16,87), e de vítimas/agressores, 2,0% (IC95%: 1,70-2,23). Aspectos de saúde mental, como sentimento de solidão, insônia e falta de amizades, foram relatados com mais frequência entre os agressores (Tabela 1).

A Tabela 2 evidencia que os adolescentes que consideravam sua imagem corporal sem importância, ou que se sentiam indiferentes ou insatisfeitos com seu corpo, tiveram maior prevalência de vitimização. Aqueles que se consideravam "muito gordos" também apresentaram taxas mais altas entre vítimas e vítimas/agressores. Entre os agressores, a distribuição permaneceu mais estável entre as categorias.

Com relação ao contexto familiar, 21,4% dos adolescentes relataram ter faltado à escola sem o conhecimento dos pais, e apenas 32,9% afirmaram que os pais supervisionavam a lição de casa. Em contrapartida, 60,7% tinham supervisão durante o tempo livre. Enquanto 41,1% se sentiam compreendidos por suas famílias, 11,8% relataram que seus pais se mexiam em seus pertences pessoais.

As vítimas de *bullying* foram as que mais relataram ter sofrido intrusão dos pais e violência sexual. Entre os agressores e vítimas/agressores, a prevalência de violência sexual também foi notavelmente alta. Os adolescentes que faltaram à escola três ou mais vezes por semana apresentaram maior prevalência de comportamento de *bullying* do que aqueles que nunca faltaram à escola (26,0% *vs*. 14,3% entre os agressores; 5,2% *vs*. 1,6% entre as vítimas/agressores).

Entre as 12 variáveis analisadas, apenas "ter familiares que entendem seus problemas" atuou

Tabela 1. Caracterização dos aspectos sociodemográficos e de saúde mental dos adolescentes da região Norte do Brasil. de acordo com as categorias de bullying. 2015.

Variáveis	Categorias de bullying verbal								p - valor*
	Nem vítima. nem agressor n = 18.187 (77.8%)		Vítima n = 1.085 (4.3%)		Agressor n = 3.968 (15.9%)		Vítima/ Agressor n = 537 (2.0%)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gênero									< 0.001
Masculino	8.439	74,4	504	4,1	2.321	19,2	345	2,3	
Feminino	9.748	81,1	581	4,4	1.647	12,9	192	1,6	
Idade									0.042
≤ 14 anos	11.828	78,1	750	4,7	2.515	15,4	334	1,8	
15 anos ou mais	6.359	77,5	335	3,7	1.453	16,7	203	2,1	
Tipo de escola									0.014
Pública	16.257	78,2	972	4,3	3.504	15,6	463	1,9	
Particular	1.930	78,2	113	3,9	464	18,9	74	3,0	
Cor da pele/raça§									0.040
Caucasiano	4.4557	77,6	240	4,2	902	16,1	126	2,1	
Preto	2.077	75,5	133	5,4	478	17,2	85	1,8	
Amarelo	688	74,8	54	7,4	189	15,9	21	1,8	
Pardo	10.264	78,7	616	3,9	2.253	15,6	272	1,9	
Indígena	686	75,4	42	4,5	145	17,3	30	2,7	
Solidão									< 0.001
Sim	2.687	68,1	437	10,6	775	17,9	159	3,4	
Não	15.483	79,8	646	3,0	3.190	15,6	377	1,7	
Insônia									< 0.001
Sim	1.777	65,3	275	10,4	551	20,4	128	3,8	
Não	16.387	79,4	810	3,5	3.409	15,3	407	1,7	
Amizade									< 0.031
Sim	745	74,0	89	6,7	161	16,7	32	2,6	
Não	1.741	78,0	996	4,2	3.802	15,9	504	1,9	

* Teste qui-quadrado de Pearson; § informações autodeclaradas.

Fonte: Autores.

como fator de proteção para todas as categorias de *bullying*. Outras variáveis, como "faltar à escola", "intrusão dos pais" e "sentimentos corporais negativos", foram consistentemente associadas a todas as categorias (Tabela 3).

Sentir-se sozinho foi mais fortemente associado à vitimização (OR: 4,37; IC95%: 3,30-5,80) e a ambos os papéis (OR: 2,72; IC95%: 1,92-3,85), em comparação com a perpetração (OR: 1,44; IC95%: 1,17-1,77). A insônia apresentou padrão semelhante, com associações mais fortes para vítimas (OR: 4,03; IC95%: 3,00-5,45) e vítimas/perpetradores (OR: 2,81; IC95%: 1,96-4,03) do que para perpetradores (OR: 1,70; IC95%: 1,43-2,03). Ter amigos foi inversamente associado apenas à vitimização.

Com relação à percepção corporal, categorias como "muito magro" e "gordo" foram associadas a todos os grupos de *bullying*, enquanto "muito gordo" não foi associado à perpetração, mas mostrou fortes associações com a vitimização (OR: 6,08; IC95%: 3,79-9,77) e vítima/perpetração (OR: 6,26; IC95%: 3,05-12,85).

Considerar a imagem corporal como "sem importância" foi associada à vitimização (OR: 2,87; IC95%: 2,00-4,11) e a ambas as funções (OR: 2,58; IC95%: 1,49-4,49), mas não à perpetração.

A supervisão dos pais sobre a lição de casa apareceu como fator de proteção entre os agressores e foi positivamente associada à vitimização. A supervisão durante o tempo livre foi associada apenas à perpetração. A experiência de violência sexual foi mais fortemente associada ao grupo vítima/perpetrador (OR: 6,18; IC95%: 3,66-10,44), em comparação com a vitimização (OR: 2,22; IC95%: 1,43-3,42) e a perpetração (OR: 2,34; IC95%: 1,79-3,06).

Tabela 2. Caracterização de aspectos relacionados à imagem corporal, contexto familiar e categorias de bullying verbal – PeNSE 2015, Norte do Brasil, 2015.

Variáveis	Categorias de bullying verbal								p-valor*
	Nem vítima, nem agressor		Vítima		Agressor		Vítima/ Agressor		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Percepção corporal									<0.001
Magro/muito magro	4.535	75,3	311	4,7	1.066	17,6	166	2,4	
Peso normal	10.869	80,5	479	3,2	2.198	14,8	236	1,5	
Gordo	2.393	73,1	215	6,7	599	17,6	100	2,6	
Muito gordo	250	61,7	74	16,4	76	15,1	25	6,8	
Avaliação da imagem corporal									<0.001
Importante	15.324	78,9	822	3,8	3.278	15,6	400	1,8	
Um pouco importante	1.977	73,1	147	6,5	463	17,8	82	2,7	
Não tem importância	739	69,4	113	8,8	200	18,4	46	3,4	
Satisfação com o corpo									<0.001
Satisfeito	13.891	80,3	601	3,1	2.837	15,1	324	1,6	
Indiferente	1.618	68,8	166	8,2	432	20,0	77	3,0	
Insatisfeito	2.516	71,0	313	8,1	669	17,8	127	3,1	
Frequência escolar									<0.001
3 ou mais vezes	971	62,5	74	6,3	402	26,0	81	5,2	
1 ou 2 vezes	2.527	72,7	165	4,2	744	20,5	112	2,6	
Nunca	14.676	80,0	846	4,1	2.820	14,3	343	1,6	
Supervisão dos pais									
Supervisão no tempo livre									<0.001
Sim	11.591	81,6	655	43,3	1.924	12,5	249	1,7	
Não	6.550	72,1	427	4,3	2.038	21,2	286	2,3	
Supervisão dos deveres de casa									<0.001
Sim	6.298	81,2	389	4,9	976	12,3	137	1,7	
Não	11.856	76,2	696	4,0	2.981	17,8	395	2,1	
Apoio familiar									
Compreensão dos problemas do adolescente									<0.001
Sim	7.910	81,8	380	3,7	1.299	13,0	163	1,6	
Não	10.236	75,1	702	4,7	2.659	18,0	373	2,2	
Intrusão dos pais									<0.001
Sim	1.863	69,9	225	10,6	586	17,9	123	3,4	
Não	16.286	79,8	859	3,0	3.374	15,6	413	1,7	
Histórico de violência sexual									<0.001
Sim	723	61,1	104	7,4	343	24,6	93	6,9	
Não	17.379	78,8	978	4,1	3.605	15,4	438	1,7	

* Teste qui-quadrado de Pearson.

Fonte: Autores.

Discussão

O estudo revelou que, entre os adolescentes estudantes da Amazônia brasileira, o *bullying* verbal é um problema relevante, com maior prevalência de perpetração entre os adolescentes do sexo masculino. Além disso, fatores relacionados à saúde mental (como solidão e insônia), insatisfação com a imagem corporal, contexto familiar (falta de compreensão, supervisão fraca e intrusão) e experiências de violência sexual foram significativamente associados ao *bullying* – como vítima, agressor ou ambos.

De acordo com a literatura, os adolescentes do sexo masculino apresentam maior prevalência de perpetração de *bullying*[24-27]. Os meninos geralmente apresentam comportamentos fisicamente mais agressivos ou explosivos, o que

Tabela 3. Associação entre saúde mental, imagem corporal e contexto familiar entre adolescentes do Norte do Brasil de acordo com as categorias de bullying, 2015.

Variáveis	Categorias de bullying verbal					
	Vítima		Agressor		Vítima/Agressor	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Solidão						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	4,37	(3,30-5,80)	1,44	(1,17-1,77)	2,72	(1,92-3,85)
Insônia						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	4,03	(3, 00-5,45)	1,70	(1,43-2,03)	2,81	(1,96-4,03)
Amizade	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim						
Não	0,63	(0,42-0,94)	0,89	(0,66-1,19)	0,75	(0,36-1,53)
Percepção do corpo						
Peso normal	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Magro/muito magro	1,55	(1,20-2,02)	1,21	(1,01-1,46)	1,94	(1,27-2,95)
Gordo	2,17	(1,60 - 2,97)	1,29	(1,04-161)	2,03	(1,37-3,02)
Muito gordo	6,08	(3,79-9,77)	1,21	(0,79-1,87)	6,26	(3,05-12,85)
Avaliação da imagem corporal						
Importante	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Um pouco importante	1,79	(1,31-2,45)	1,17	(0,96-1,43)	1,36	(0,88-2,11)
Não tem importância	2,87	(2,00-4,11)	1,08	(0,81-1,44)	2,58	(1,49-4,49)
Satisfação com o corpo						
Satisfeito	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Indiferente	3,29	(2,46-4,40)	1,66	(1,34-2,05)	1,63	(1,09-246)
Insatisfeito	2,83	(2,22-3,60)	1,55	(1,32-1,81)	2,28	(1,56-3,32)
Frequência escolar						
Não	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Sim	1,42	(1,13-1,78)	1,42	(1,30-1,81)	2,08	(1,62-267)
Supervisão dos pais						
Supervisão dos deveres de casa						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	1,24	(1,00-1,53)	0,62	(0,53-0,72)	0,78	(0,54-1,14)
Supervisão no tempo livre						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	0,82	(0,66-1,03)	0,52	(0,46-0,60)	0,72	(0,52-1,00)
Apoio familiar						
Compreensão dos problemas dos adolescentes						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	0,67	(0,53-0,83)	0,60	(0,51-0,70)	0,62	(0,44-0,87)
Intrusão dos pais						
Os pais interferem nos pertences						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	0,82	(0,66-1,03)	0,52	(0,46-0,60)	0,72	(0,52-1,00)
Histórico de violência sexual						
Sim	1,00	-	1,00	-	1,00	-
Não	2,22	(1,43-3,42)	2,34	(1,79-3,06)	6,18	(3,66-10,44)

Ajustado para variáveis sociodemográficas (gênero, idade, cor da pele/raça e tipo de escola).

Fonte: Autores.

pode explicar a diferença de gênero. Entre os indicadores de saúde mental, sentir-se sozinho e ter insônia foram fortemente associados à vitimização, ao passo que ter amigos protegeu contra ser vítima de *bullying*[28-31]. Esses resultados reforçam as vulnerabilidades psicossociais vivenciadas por adolescentes vítimas de *bullying*, muitas vezes levando a sofrimento emocional, aprendizado prejudicado e possíveis consequências de longo prazo, como comportamento antissocial[29,30].

Outros estudos corroboram a associação entre bullying e distúrbios do sono, sintomas depressivos e ideação suicida[16,32-36]. Com relação à imagem corporal, a autopercepção de ser "muito gordo" foi fortemente associada à vitimização e ao *bullying* de duplo papel. A insatisfação e o desvio percebido dos ideais corporais – muitas vezes influenciados pela mídia – contribuem para o estigma e a exclusão social entre os adolescentes[37-40].

O absenteísmo escolar sem a conscientização dos pais também foi associado ao *bullying*, principalmente entre aqueles que são vítimas ou ocupam papéis duplos como agressores e alvos[41-45]. Para os agressores, a ausência escolar pode refletir o envolvimento em comportamentos de risco, como o uso de álcool[24,46-49]. Embora essa variável tenha sido estatisticamente significativa, sua direcionalidade permanece incerta.

A supervisão dos pais demonstrou efeito protetor, especialmente com relação à perpetração do *bullying*. Os adolescentes que receberam apoio, orientação e se sentem compreendidos pelos membros da família têm menos probabilidade de se envolver em comportamentos de *bullying*[16,24,50-52]. Por outro lado, o envolvimento limitado dos pais e a instabilidade familiar são reconhecidos como fatores de risco significativos para o *bullying*[32,53,54].

A experiência de violência sexual foi mais fortemente associada a adolescentes com dupla função. A literatura apoia a ligação entre o trauma sexual precoce e o envolvimento em *bullying* – tanto como vítima quanto como agressor[32,47,55-63]. Os resultados reforçam a noção de que os adolescentes que sofreram violência sexual podem internalizar ou reproduzir esse trauma por meio do *bullying*, às vezes alimentado pelo uso de substâncias ou por sofrimento emocional[64,65].

Este estudo tem limitações, como a dependência de dados autorrelatados, que podem estar sujeitos a vieses de memória e desejabilidade social. Além disso, a cor da pele/raça foi autodeclarada, uma variável influenciada pelo contexto sociocultural e pela percepção, o que pode afetar a classificação e a interpretação dos resultados. E a natureza transversal do estudo impede a inferência causal entre as variáveis associadas.

Por outro lado, os pontos fortes incluem o uso de uma amostra grande e representativa de adolescentes da região amazônica e a análise de uma ampla gama de variáveis – sociodemográficas, de saúde mental, imagem corporal e contexto familiar. Além disso, a distinção entre vítimas, perpetradores e adolescentes de duplo papel permitiu uma compreensão mais sutil da complexidade do *bullying*.

Limitações

Este estudo tem limitações inerentes ao seu projeto transversal, que impede o estabelecimento de relações causais entre as variáveis analisadas. Embora tenham sido observadas associações, não é possível determinar a temporalidade ou a direção dos efeitos. Além disso, como os dados foram coletados por meio de questionários autoadministrados, pode ter havido viés de memória ou viés de desejabilidade social, especialmente em tópicos sensíveis como violência e contexto familiar.

Outra limitação importante diz respeito ao uso da cor da pele/raça autorrelatada, que é uma classificação subjetiva e dependente do contexto. No Brasil, a percepção e a declaração de raça ou cor da pele podem ser influenciadas por fatores regionais, socioeconômicos e culturais, o que pode introduzir um viés de classificação e afetar a interpretação das diferenças entre os subgrupos da população.

Conclusão

O contexto escolar dos adolescentes na Amazônia brasileira continua sendo um espaço de reprodução da violência, porém a escola não é a única responsável pela produção da violência, pois se trata de um fenômeno complexo, dinâmico, multifacetado e multicausal, com raízes também em questões macrossociais, econômicas e socioculturais.

Implicações para a saúde escolar

Os indicadores de violência evidenciados no presente estudo podem orientar e sustentar a necessidade de projetos de intervenção e políticas públicas na escola, com vistas a fortalecer o respeito às diferenças. Estima-se que a violên-

cia seja uma das principais causas de morte de adolescentes em todo o mundo, e esse é um dos fatores que a sustenta como um problema de saúde pública.

No Brasil, a violência e seus efeitos não têm sido alvo de políticas públicas efetivas no âmbito escolar. Nos últimos dez anos, a educação escolar tem sido uma arena entre instituições mais conservadoras versus instituições progressistas, e nos últimos cinco anos houve políticas com perspectivas mais polêmicas. Essas disputas e perspectivas inviabilizam uma educação que promova a cidadania, a inclusão e a prevenção da violência.

Na Amazônia brasileira, aspectos culturais entrelaçados com práticas indígenas e colonialistas podem favorecer ainda mais as disputas entre vítimas e agressores. A adolescência é uma etapa do ciclo de vida em que as experiências de violência estão presentes, as relações sociais extrapolam o eixo familiar e inicia-se a formação para a autonomia de suas escolhas. Diante desses aspectos, várias contribuições são propostas:

• Formação inicial e continuada de professores sobre a adolescência como um projeto de vida, e não como uma etapa problemática. Essa formação pode ser conduzida sob a perspectiva socioconstrutivista do desenvolvimento humano, que considera as dimensões sociais e culturais dos adolescentes, indo além de uma visão reducionista, biológica e psicológica.

• Projetos que envolvam a comunidade escolar e a integração dos setores da sociedade: família, escola, rede de saúde e assistência social. Aprimorar os mecanismos de acompanhamento dos adolescentes, ampliando as alternativas para a construção de um novo projeto de vida baseado em valores como cidadania, ética, respeito às diferenças e solidariedade.

• Atividades na escola – eventos culturais, rodas de conversa e articulação contextualizada dos conteúdos das disciplinas, entre outros – como mobilizadores de diálogos e protagonismos que visam mobilizar os adolescentes para a construção de saídas da realidade de violência em que estão envolvidos. Com isso, a escola pode se tornar mais atrativa e se estabelecer como um espaço potencial de acolhimento e promoção da saúde mental dos adolescentes.

Colaboradores

RF Santos: conceitualização (líder), curadoria de dados (líder), análise formal (igual), investigação (líder), recursos (líder), software (líder), validação (igual), redação – rascunho original (igual). ZA Souza Filho: administração do projeto (igual), supervisão (igual), visualização (igual). WL Souza: análise formal (igual), administração do projeto (igual), visualização (igual), redação - rascunho original (igual), redação – revisão e edição (igual).

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. Kappel VB, Gontijo DT, Medeiros M, Monteiro EMLM. Enfrentamento da violência no ambiente escolar na perspectiva dos diferentes atores. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(51):723-735.
2. Lira ES, Enricone JRB. Relação entre vínculos escolares e desempenho na aprendizagem: um estudo com alunos de 5ª série do ensino fundamental. *Perspectiva* 2011; 35(132):65-80.
3. Freschi EM, Freschi M. Relações interpessoais: a construção do espaço artesanal no ambiente escolar. *Rev Educ IDEAU* 2013; 8(18):1-13.
4. Azeredo CM, Levy RB, Araya R, Menezes PR. Individual and contextual factors associated with verbal bullying among Brazilian adolescents. *BMC Pediatr* 2015; 15(1):49.
5. Liu J, Graves N. Childhood bullying: a review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nurs* 2011; 28(6):556-568.
6. Francisco MV, Libório RMC. A study on bullying victimization among peers in elementary and junior high school. *Psicol Reflex Crit* 2009; 22(2):200-207.
7. Beserra MA. *Violência na adolescência dentro do contexto escolar e fatores associados* [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2015.
8. Marriel LC, Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cad Pesqui* 2006; 36(127):35-50.
9. Iijima DW, Schroeder TMR. Pesquisa sobre violência escolar no Brasil. *Travessias* 2012; 6(3):1-17.
10. Jares XR. *Educação e conflito: guia de educação para convivência*. Porto: Asa; 2002.
11. Abramovay M. *Escola e violência*. Brasília: Unesco; 2002.
12. Abramovay M, Cunha AL, Calaf PP. *Revelando tramas, descobrindo segredos: violência e convivência nas escolas*. Brasília: Rede de Informação Tecnológica Latino-americana, Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal; 2009.
13. Jorge SDC, Campos HR. Investigando o bullying em uma escola estadual de Natal/RN [Internet]. 2009 [acessado 2025 ago 3]. Disponível em: http://www.cchla.ufrn.br/humanidades/ARTIGOS/GT14/INVESTIGANDO%20O%20BULLYING%20EM%20UMA%20ESCOLA%20ESTADUAL%20DE%20NATAL.pdf
14. Silva JMAP, Salles LMF. A violência na escola: abordagens teóricas e propostas de prevenção. *Educ Rev* 2010; (n. esp. 2):217-232.
15. Silva ABB. *Bullying: mentes perigosas nas escolas*. Rio de Janeiro: Globo/Principium; 2015.
16. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM, Malta DC. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1725-1736.
17. Peltonen K, Ellonen N, Larsen HB, Helweg-Larsen K. Parental violence and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010; 19(11):813-822.
18. Carlini-Cotrim B, Gazal-Carvalho C, Gouveia N. Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2000; 34(6):636-645.
19. Catini N. *Problematizando o "bullying" para a realidade brasileira* [tese]. Campinas: PUC Campinas; 2004.
20. Lopes Neto AA. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81(5 Supl.):S-164-S172.
21. Aquino JG. *Confrontos na sala de aula: uma leitura institucional da relação professor-aluno*. São Paulo: Summus; 1996.
22. Fante C. *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Campinas: Verus; 2005.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2015*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
24. Malta DC, Prado RR, Dias AJR, Mello FCM, Silva MAI, Costa MR, Caiaffa WT. Bullying e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):131-145.
25. Dias PJP, Domingos IP, Ferreira MG, Muraro AP, Sichieri T, Gonçalves-Silva RMV. Prevalência e fatores associados aos comportamentos sedentários em adolescentes. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):266-274.
26. Obrdalj EC, Sesar K, Santic Z, Klaric M, Sesar I, Rumboldt M. Trauma symptoms in pupils involved in school bullying: a cross-sectional study conducted in Mostar, Bosnia and Herzegovina. *Coll Antropol* 2013; 37(1):11-16.
27. Matos MG, Carvalhosa SF. A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. *Psicol Saude Doencas* 2001; 2(2):43-53.
28. Albuquerque PP, Williams LCA, D'Affonseca SM. Efeitos tardios do bullying e transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão crítica. *Psicol Teor Pesq* 2013; 29(1):91-98.
29. Moura DR, Cruz ACN, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J Pediatr (Rio J)* 2011; 87(1):19-23.
30. Smith PK. Intimidação por colegas e maneiras de evitá-la. In: Debarbieux E, Blaya C, organizadores. *Violência nas escolas e políticas públicas*. Brasília: UNESCO; 2002. p. 187-205.
31. Lopes Neto AA. *Bullying: saber identificar e como prevenir*. São Paulo: Brasiliense; 2011.
32. Azeredo CM. *Características individuais e contextuais associadas ao bullying entre escolares no Brasil* [tese]. São Paulo: USP; 2015.
33. Gammone M, Perilli E, Recchioni M, Romualdo C, Sidoti F, Silva MAI. O contexto do suicídio. *Trilhas Pedagógicas* 2016; 6(6):257-287.
34. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica* 2013; 29(1):175-187.
35. Carlyle KE, Steinman KJ. Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent bullying at school. *J Sch Health* 2007; 77(9):623-629.
36. Nylund K, Bellmore A, Nishina A, Graham S. Subtypes, severity, and structural stability of peer victimization: what does latent class analysis say? *Child Dev* 2007; 78(6):1706-1722.

37. Mattos R. *Sobrevivendo ao estigma da gordura*. São Paulo: Vetor; 2012.
38. Scutti CS, Seo GY, Amadeu RS, Sampaio RF. O enfrentamento do adolescente obeso: a insatisfação com a imagem corporal e o bullying. *Rev Fac Cienc Med Sorocaba* 2014; 16(3):130-133.
39. Silva SLB, Caminha IO. Desempenho motor, imagem corporal e bullying escolar. *Rev Tempos Espacos Educ* 2014; 7(13):45-54.
40. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr (Rio J)* 2013; 89(2):164-170.
41. Sampaio JMC. *Bullying no contexto escolar: avaliação de um programa de intervenção* [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2015.
42. Lopes Neto AA, Saavedra LH. *Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: Abrapia; 2003.
43. Díaz-Aguado Jalón MJ, Martínez Arias R. Peer bullying and disruption-coercion escalations in student-teacher relationship. *Psicothema* 2013; 25(2):206-213.
44. Nygren K, Bergström E, Urban J, Nilsson L. Adolescent self-reported health in relation to school factors: a multilevel analysis. *J Sch Nurs* 2014; 30(2):114-122.
45. Rocha MO, Costa CLNA, Passos Neto IF. Bullying e o papel da sociedade. *Cad Grad Cienc Hum Soc Unit* 2013; 1(2):191-199.
46. Malta DC, Mello FCM, Prado RR, Sá ACMGN, Marinho F, Pinto IV, Silva MMA, Silva MAI. Prevalência de bullying e fatores associados em escolares brasileiros, 2015. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2939-2948.
47. Mello FCM, Malta DC, Prado RR, Farias MS, Alencastro LCS, Silva MAI. Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(4):866-877.
48. Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, Curry L, Huang IC, Novak M. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics* 2007; 119(Suppl. 1):S47-S53.
49. Oliveira WA, Silva MAI, Silva JL, Mello FCM, Prado RR, Malta DC. Associações entre a prática de bullying e variáveis individuais e de contexto na perspectiva dos agressores. *J Pediatr (Rio J)* 2016; 92(1):32-39.
50. Mello FCM, Silva JL, Oliveira WA, Prado RR, Malta DC, Silva MAI. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. *Cien Saude Colet* 2017; 22(9):2939-2948.
51. Malta DC, Porto DL, Crespo CD, Silva MMA, Andrade SSCA, Mello FCM, Dias AJR, Silva MAI. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol* 2014; 17(Supl. 1):92-105.
52. Malta DC, Porto DL, Mello FCM, Monteiro RA, Sardinha LMV, Lessa BH. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(Supl. 1):166-177.
53. Cézar N. *Bullying: preconceito, estigmas e desafios da educação para a paz* [dissertação]. Cuiabá: UFMG; 2010.
54. Matos MG, Gonçalves SMP. Bullying nas escolas: comportamentos e percepções. *Psicol Saude Doencas* 2009; 10(1):3-15.
55. Hong JS, Voisin DR, Cho S, Espelage DL. Association among subtypes of bullying status and sexually risky behaviors of urban African American adolescents in Chicago. *J Immigr Minor Health* 2016; 18(5):1007-1016.
56. Caridade S, Machado C. Violência sexual no namoro: relevância da prevenção. *Psicologia* 2008; 22(1):77-104.
57. Antonio EMR, Pereira Pontes TM. Bioética e aspectos epidemiológicos de vítimas de violência sexual em hospital-maternidade. *Rev Bioet* 2012; 20(2):280-287.
58. Hertz MF, Jones SE, Barrios L, David-Ferdon C, Holt M. Association between bullying victimization and health risk behaviors among high school students in the United States. *J Sch Health* 2015; 85(12):833-842.
59. Malta DC, Souza ER, Silva MMA, Silva CS, Andreazzi MAR, Crespo C, Mascarenhas MDM, Porto DL. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):3053-3063.
60. Vergel Ortega M, Martínez Lozano JJ, Zafra Tristancho SL. Factores asociados al bullying en instituciones de educación superior. *Rev Crim* 2016; 58(2):197-208.
61. Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. *Educ Pesqui* 2016; 42(1):181-198.
62. Zaine I, Reis MJD, Padovani RC. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. *Estud Psicol (Campinas)* 2010; 27(3):375-382.
63. Hébert M, Cénat JM, Blais M, Lavoie F, Guerrier M. Child sexual abuse, bullying, cyberbullying, and mental health problems among high school students: a moderated mediated model. *Depress Anxiety* 2016; 33(7):623-629.
64. Horta CL, Horta RL, Mester A, Adamy EK, Traebert J, Wollmann L. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):123-140.
65. Mota RS, Gomes NP, Campos LM, Cordeiro KCC, Souza CNP, Camargo CL. Adolescentes escolares: associação entre vivência de bullying e consumo de álcool/drogas. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(3):e3650017.

Artigo apresentado em 18/10/2024
Aprovado em 21/06/2025
Versão final apresentada em 23/06/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons