

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

BIANCA PEIXOTO NASCIMENTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPERAMENTO E ENVOLVIMENTO COM
BULLYING EM ADOLESCENTES**

Porto Alegre

2014

BIANCA PEIXOTO NASCIMENTO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPERAMENTO E ENVOLVIMENTO COM
BULLYING EM ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2014

AGRADECIMENTOS

Foram tantos que tiveram importância ao longo dessa trajetória, infelizmente, não poderei citar todos, me perdoem. Vocês estão presentes no meu coração.

A batalha foi árdua, mas nada teria valor sem o apoio e o carinho dos meus familiares. Agradeço eternamente a minha Vó-Mãe Leontina por todas às vezes que me aturou no auge do estresse, por todas as refeições quentinhas me aguardando após dias exaustivos de estudo/trabalho e por todo amor. Aos meus afilhados, Marcos, Inaiá, Luísa, Luanda e Cauê, pois foram uns fofos e mil desculpas pelas ausências. A dinda ama vocês.

Aquele amigo que considero um irmão e me enche de orgulho por ser um batalhador. Esteve sempre no incentivo e não me deixando desistir. Deivis, muito obrigada por cada frase, música e mensagem.

Aqueles que estão em outro plano, mas me ensinaram a importância de respeitar o próximo e batalhar por um futuro melhor. Tenho certeza que de onde estiverem a torcida foi imensa. Obrigada Vô Américo, Tio Boaventura e Tia Amélia.

Aos amigos que a vida e a UFRGS me deram. Sem vocês tudo seria muito mais difícil e complexo. Dos mais antigos aos mais recentes, foram presenças, algumas vezes virtuais, de extrema importância.

Agradeço a receptividade, a troca de conhecimento e os exemplos que levarei por toda minha vida dos profissionais dos Ambulatórios 1 e 2; da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, do CAPSII e do CAPSi do HCPA. Foi apaixonante conviver com vocês, acreditando sempre que prestar um atendimento digno é possível!

Aos queridos companheiros do GECIA (Grupo de Estudos do Comportamento na Infância e Adolescência) pelo apoio, disponibilidade e valiosas contribuições ao longo da pesquisa.

Agradeço aos Mestres que contribuíram e oportunizaram meu crescimento acadêmico e pessoal. Obrigada por confiarem em mim, por todos os ensinamentos e por todo carinho. Em especial, Eliane Moraes e Lisiane Paskulin por toda dedicação na atenção básica, e minha admirável orientadora Elizeth Heldt, pois, se estou encerrando esse ciclo é devido a sua compreensão, atenção, dedicação, apoio e muito afeto. Ainda mais por representar uma área que admiro muito, a saúde mental. Muito Obrigada! Agradeço a banca: Simone Algeri e Roberta Rigatti pela disponibilidade e generosidade em participarem deste momento.

RESUMO

Atitudes agressivas, tendo a prática de bullying como uma das apresentações, constituem-se como um problema de prevalência elevada nas escolas. A agressão que ocorre em resposta a algum estímulo ambiental é denominada de reativa. Em geral, a agressividade reativa está associada aos déficits em processar informações sociais, ao temperamento propenso a raiva e a desregulação emocional. O envolvimento com o bullying, seja como agressor e/ou como vítima, está associado a um pior ajustamento psicossocial e a dificuldades de aprendizagem. Entretanto, ainda são poucos os estudos que relacionam aspectos psicobiológicos, como o temperamento irritável e alterações de comportamento em adolescentes. Este trabalho tem como objetivo verificar a associação entre o envolvimento com o comportamento de bullying e as características psicobiológicas de adolescentes no ambiente escolar. Trata-se de um estudo transversal, com alunos matriculados do 5º ao 9º ano em uma escola da rede pública estadual, com idade entre 10 e 17 anos, de ambos os sexos. A avaliação do comportamento de bullying foi por meio da versão modificada do Questionário de Avaliação de Bullying - versão vítima e versão agressor. Para avaliação do temperamento irritável, foi utilizado o Índice de Reatividade Afetiva (ARI) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão criança (SDQ-C) para identificar problemas de saúde mental. O projeto foi aprovado pelo CEP-HCPA e os pais ou responsáveis autorizaram a participação dos adolescentes na pesquisa. Foram avaliados 297 alunos, sendo 165(55,6%) do sexo feminino, com média (desvio padrão) de idade de 12,7(DP=1,59) anos. Em relação a avaliação das escalas de bullying, a mediana geral do comportamento como agressor foi de 25(23-27) e como vítima foi de 26(24-30). Considerando os tipos de envolvimento, a frequência foi de que 134(45,1%) eram vítimas, 145(48,8%) eram agressores e 99(33,3%) eram vítimas-agressores. A média geral do ARI foi de 10,8(DP=3,70). Após a análise de regressão, a prevalência dos três tipos de comportamento de bullying foi maior nos adolescentes com temperamento mais irritável e do sexo masculino. Já as vítimas têm mais problemas de saúde mental de conduta e o agressor é mais prevalente entre os que já foram expulso ou suspenso da escola. Os resultados sugerem a associação entre o envolvimento com os diferentes tipos de bullying e o temperamento mais irritável. Entretanto, o delineamento transversal não permite verificar a relação de causalidade. Assim, novos estudos que investiguem determinantes de regulação emocional e de intervenção são necessários para prevenir o comportamento de bullying no ambiente escolar.

Palavras-chave: Bullying. Temperamento irritável. Saúde mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 BULLYING: TIPOS E PREVALÊNCIA	11
3.2 BULLYING, PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL E TEMPERAMENTO	14
4. MÉTODOS	17
4.1 TIPO DE ESTUDO	17
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
4.3 COLETA DOS DADOS	17
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	19
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	24
7 CONCLUSÕES	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	35
ANEXO A – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	37
ANEXO B – Olweus Bully Questionnaire	38
ANEXO C – Olweus Victim Questionnaire	39
ANEXO D – Índice de Reatividade Afetiva (ARI-C)	40
ANEXO E – Carta de Aprovação pelo CEP / HCPA	41
ANEXO F - Aprovação da Comissão de Pesquisa de Enfermagem UFRGS	42
ANEXO G – Termo de compromisso para utilização de dados	43

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil consiste de uma sequência ordenada e complexa de transformações que envolvem a maturação neurológica, as características de temperamento, a cognição, o aprendizado e as experiências ambientais (SALUM et al, 2010). As alterações, sejam de base biológica ou ambiental, podem ser determinantes no desenvolvimento emocional (ASSUMPÇÃO JR, 2009). Assim, as alterações de comportamento da criança e do adolescente podem ser adaptativas ao meio (VOLK et al, 2012) e os critérios para classificar um comportamento como transtorno mental devem considerar, além do sofrimento pessoal e da intensidade das reações, o impacto no desenvolvimento psicossocial (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; 2013).

A adolescência é descrita como uma das etapas mais importantes do desenvolvimento humano em seu ciclo vital, marco fundamental para constituição da identidade do adulto (EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2013). Nos últimos anos, diversos estudos consideraram que as circunstâncias precoces podem ter efeitos programados ao longo da vida sobre a saúde. Por exemplo, um estudo de acompanhamento ao longo de 40 anos revelou que os transtornos de conduta na infância aumentam o risco de ansiedade, depressão e abuso de álcool na idade adulta (COLMAN et al, 2009).

As alterações do comportamento na infância e adolescência podem ser classificadas como: externalizantes, que são atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desafio e/ou manifestações antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010) ou internalizantes, que são relacionadas a emoções, entre os quais estão a ansiedade e os transtornos de humor (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011). Os transtornos mentais mais frequentes na infância e adolescência incluem os transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), os transtornos de ansiedade e depressão (FLEITLICH; GOODMAN, 2011).

Os comportamentos classificados como externalizantes costumam ser as principais causas de encaminhamento de crianças e adolescentes para atendimento na área da saúde (KIMONIS; FRICK, 2010). Contudo, essas alterações de comportamento, muitas vezes, são julgadas como “personalidade forte” ou “retraimento”, não sendo reconhecidas como um problema (ASSUMPÇÃO JR, 2009). A irritabilidade, por exemplo, está diretamente

associada aos sintomas de explosão de temperamento, raiva, humor irritável, depressivo e de ansiedade (STRINGARIS; GOODMAN, 2009).

Neste sentido, a escola tem sido apontada como um local onde a violência é cada vez mais comum, sendo frequentes as agressões verbais e físicas entre alunos e funcionários e vice-versa. A agressão entre os pares, de maneira repetitiva, é conhecida como bullying (FURLONG; MORRISON; JIMERSON, 2004; RUOTTI; ALVES; CUBAS, 2007; FRANCISCO; LIBÓRIO, 2009). Segundo Olweus (1993), o bullying refere-se as ações físicas e sociais negativas, cometidas intencionalmente, repetidamente, ao longo do tempo por uma ou mais pessoas contra um ou mais indivíduos que não podem se defender facilmente. Paradoxalmente, ocorre justamente no lugar em que, em tese, as crianças e adolescentes deveriam aprender a conviver socialmente, com respeito ao outro, desenvolver sua individualidade e subjetividade sem coerção (DUQUE, 2007).

A classificação do bullying depende do tipo de envolvimento. 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 categoria, aqueles que tanto praticam, quanto sofrem, e são chamadas vítimas-agressores ou bully-victims (NANSEL et al, 2001).

Os agressores caracterizam-se por serem dominadores, impulsivos, com pouca empatia, baixa tolerância à frustração, mais fortes que a média, e entendem que a violência é um meio de resolução de problemas (ANDO; ASAKURA; SIMONS-MORTON et al, 2005). Por outro lado, as vítimas de bullying são mais ansiosas e inseguras, têm baixa autoestima, são mais solitárias e têm maior chance de desenvolver depressão (NANSEL et al, 2001). As vítimas de bullying apresentam proporcionalmente mais sintomas físicos, como dores de cabeça e de estômago, e sintomas psicológicos, como dificuldade para dormir e enurese noturna, comparadas a crianças que não sofrem bullying (LAMB; PEPLER; CRAIG, 2009). Os vítimas-agressores fazem parte de um grupo que possui similaridades tanto como agressor, quanto com vítimas, apresentando características ora de um, ora de outro. Por esta razão, a literatura tem mostrado que são os que apresentam maior risco para desenvolvimento de psicopatologia (RAGATZ et al, 2011).

Estudos têm demonstrado que o envolvimento com o bullying está associado a um pior ajustamento psicossocial (NANSEL et al, 2001), dificuldades de aprendizagem (BURK et al, 2011), problemas externalizantes (COOLIDGE; DENBOER; SEGAL, 2004), abuso de substâncias (WEISS et al, 2011), depressão e ansiedade (SOURANDER et al,

2007; VAUGHN et al, 2010). Portanto, estudos para compreensão sobre aspectos do temperamento, como a irritabilidade e agressividade são importantes para o campo da saúde mental.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 5ª edição (DSM-5), foram adicionadas três dimensões distintas para classificação dos sinais e sintomas do Transtorno Opositor Desafiador (TOD): comportamento raivoso / irritável, comportamento argumentativo/ desafiador e comportamento insensível / vingativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Assim, acredita-se que ao se realizar uma avaliação mais completa é possível definir com maior precisão o tratamento com foco biopsicossocial. Essa é uma importante diferença entre DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) e DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) em que a mais recente versão reconhece a importância das avaliações dimensionais de psicopatologia, para completar os tradicionais diagnósticos categóricos.

De fato, a agressividade é considerada atualmente como um elemento importante para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento (KIMONIS; FRICK, 2010). Entretanto, ainda são poucos os estudos que relacionam características de temperamento e alterações de comportamento em adolescentes em ambiente escolar.

Uma avaliação psicopatológica dimensional de sintomas pode concentrar-se em várias características como: número, duração e intensidade dos sintomas, e prejuízos relacionados a tais. Portanto, podem fornecer informações sobre a mudança na gravidade dos sintomas ao longo do tempo, através de medidas repetitivas. Por isso, são necessários instrumentos válidos e confiáveis para dimensionar o traço de temperamento como a irritabilidade latente (STRINGARIS et al, 2012).

No Brasil, há poucos instrumentos que medem comportamentos agressivos em crianças e adolescentes (BORSA; BANDEIRA, 2011). O Índice de Reatividade Afetiva (ARI) é um instrumento breve para medir o grau de irritabilidade na infância e adolescência (STRINGARIS et al, 2012) e foi recentemente validado para o português do Brasil (SOUSA et al, 2013). O ARI investiga três aspectos da irritabilidade: a) facilidade para irritar-se; b) frequência para sentimentos/ comportamentos raivosos; c) duração de cada sentimento/comportamento. A conceituação teórica do ARI define a irritabilidade como humor de fácil aborrecimento envolvendo raiva e explosões temperamentais (STRINGARIS, 2011). Esse instrumento foi desenvolvido especificamente para medir o

humor e a irritabilidade, relacionados à construção de comportamentos agressivos, uma vez que o humor irritável também pode ocorrer na ausência do comportamento agressivo (SOUSA et al, 2013).

Um estudo recente encontrou associação entre níveis aumentados de resposta de um estímulo à excitação (denominado de *arousal*) e comportamento de oposição em adolescentes especialmente na dimensão de agressão física, social e verbal (SILVA, 2014). A pesquisa enfatizou também para a necessidade de novos estudos que explorem as avaliações comportamentais para uma melhor abordagem de tratamento de adolescentes com problemas de comportamento.

A motivação para pesquisa veio da participação como bolsista de iniciação científica na coleta de dados e nas intervenções realizadas sobre o bullying no projeto “Viver melhor na Escola”. Resumidamente, os objetivos do projeto maior eram: desenvolver ações multidisciplinares entre educadores, alunos e familiares integrando as áreas biológica, psicossocial, pedagógica e judicial para a construção de mecanismos saudáveis de solução de conflitos e avaliar o impacto de uma intervenção sistêmica antibullying, envolvendo os alunos, seus familiares e os professores (HELDT et al, 2012). Pretende-se com o presente projeto integrar aspectos biológicos e psicossociais para agregar conhecimento sobre o comportamento de bullying no ambiente escolar para contribuir com a elaboração de estratégias para prevenção do bullying e a redução do impacto negativo no desenvolvimento dos adolescentes. A nossa hipótese é de que existe relação entre as características de temperamento irritável e o envolvimento com o comportamento de bullying em adolescentes.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre o envolvimento com o comportamento de bullying e características psicobiológicas de adolescentes no ambiente escolar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas e de desempenho escolar dos adolescentes.

Identificar a prevalência dos tipos de envolvimento com bullying entre os adolescentes.

Verificar a associação entre os tipos de envolvimento com bullying e as características demográficas, de desempenho escolar, de temperamento irritável e de problemas de saúde mental.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A adolescência é um período de transição entre a infância e a fase adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, emocional e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EIZIRIK; KAPCZINSKI; BASSOLS, 2013). Um aspecto importante refere-se a inserção em um grupo de pares e não se adaptar ao grupo de iguais interfere, por exemplo, no desempenho dos adolescentes na escola (BURK et al, 2011). Portanto, essa fase é um período de vulnerabilidade, com complexas mudanças no processo do desenvolvimento que exige da família, dos profissionais da educação e da saúde, uma atenção especial (HEIDEMANN, 2006). De fato, as relações menos amistosas que, por vezes, desencadeiam comportamentos de agressividade e violência no ambiente escolar podem caracterizar a prática de bullying.

O bullying implica em um desequilíbrio de força entre o ameaçador e a vítima, o que caracteriza uma relação de poder assimétrica (OLWEUS, 2001). Portanto, os atos repetidos entre iguais (estudantes) e o desequilíbrio de poder são as características essenciais, que tornam possível a intimidação da vítima (FORERO et al, 1999). Os prejuízos financeiros e sociais causados pelo bullying atingem além das escolas, as famílias e a sociedade em geral. Os adolescentes que sofrem e/ou praticam bullying podem vir a necessitar de múltiplos serviços, como saúde mental, justiça da infância e adolescência, educação especial e programas sociais (LOPES NETO, 2005).

3.1 BULLYING: TIPOS E PREVALÊNCIA

A agressão entre os pares é, muitas vezes, considerada como parte do desenvolvimento, sendo, portanto, negligenciada. Atitudes agressivas na escola constituem-se como um problema de prevalência elevada, que comprometem a aprendizagem e influenciam no abandono escolar precoce, perturbam as relações interpessoais e o desenvolvimento socioemocional das crianças e adolescentes, além de reduzirem o clima de segurança e proteção nas escolas (CARVALHOSA; MOLEIRO; SALES, 2009).

As vítimas, frequentemente, têm um sentimento de insegurança que as impede de solicitar ajuda. Fazem poucas amizades, em geral são passivas e não reagem aos atos de

agressividade. Muitas apresentam prejuízos no desempenho escolar, recusam-se a ir para a escola e, às vezes, simulam doenças. Não raramente trocam de colégio ou abandonam os estudos (LOPES NETO; SAAVEDRA; MONTEIRO FILHO, 2003).

O agressor é tipicamente popular, tende a se envolver em uma variedade de comportamentos antissociais. Pode mostrar-se agressivo, inclusive, com os adultos, é impulsivo, vê sua agressividade como qualidade e tem opiniões positivas sobre si mesmo. Em geral, é mais forte que seu alvo, sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar sofrimento a outros. Além disso, pode existir um componente benéfico em sua conduta, como ganhos materiais e sociais (PEARCE; THOMPSON, 1998; CHESSON, 1999; MIHALIC et al, 2004).

Os vítimas-agressores possuem uma combinação de baixa autoestima e atitudes agressivas e provocativas, indicativos de um adolescente com prováveis alterações psicológicas (PEARCE; THOMPSON, 1998). Podem ser depressivos, inseguros e inoportunos, procurando humilhar os colegas para encobrir suas limitações (LYZNICKI; McCAFFREE; ROBINOWITZ, 2004). Diferenciam-se dos alvos típicos por não serem populares e pelo alto índice de rejeição entre seus colegas e, por vezes, por toda turma (MIHALIC et al, 2004).

O bullying na adolescência pode apresentar-se de diferentes formas, tais como: a física, a verbal e a relacional ou social (OLWEUS, 1993; CRICK; GROTPETER, 1995). Agressão física (por exemplo, bater, empurrar e chutar) e intimidação verbal (por exemplo, xingamentos e provocações de forma prejudicial) são, geralmente, considerados como uma forma direta. Enquanto o bullying relacional refere-se a uma forma indireta, como exclusão social e espalhar boatos. Estudos têm mostrado que os meninos estão mais envolvidos em bullying direto, enquanto as meninas são mais envolvidas no bullying indireto (OWENS; SHUTE; SLEE, 2000).

Com o surgimento de novas tecnologias, a interação com pessoas de outras partes do mundo ou do próprio país, sejam conhecidas ou não, é cada vez mais rápida e efetiva. Sem sombra de dúvidas, a Internet é um dos serviços de redes de comunicação que tem obtido um maior êxito no mundo (METZNER-SZIGETH, 2006; DAVID-FERDON; HERTZ, 2007). Em contrapartida as extraordinárias oportunidades de comunicação e aprendizagem, surgem novas formas de acusação, intimidação, ou de causar danos a outros indivíduos, colocando em risco a integridade pessoal daqueles que usam os meios eletrônicos como ferramenta de trabalho ou estudo em sua vida diária (DAVID-FERDON;

HERTZ, 2007). Essas ferramentas tecnológicas favoreceram ao bullying tradicional, habitualmente confinado ao ambiente escolar, sua expansão para a forma virtual, conhecido como cyberbullying. De acordo com Lopes Neto (2005), o cyberbullying vem sendo observado com maior frequência no mundo, como recurso para adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis.

O bullying tradicional é realizado face a face e promove a exclusão social (WANG; IANNOTTI; NANSEL, 2009), já a rede virtual promove o anonimato. Para alguns autores, na maioria dos casos, o cyberagressor age sozinho. É evidente que no caso do cyberbullying se pode flutuar com maior facilidade entre os papéis de cybervítima e de cyberagressor, ocupar ao mesmo tempo os dois papéis, ou alterná-lo com o bullying tradicional, especialmente sobre aqueles que ocupam o papel de vítima (SLONJE; SMITH, 2008; DEHUE; BOLMAN; VÖLLINK, 2008).

Em relação a prevalência do bullying, um estudo realizado nos Estados Unidos, com 15.686 escolares do 6º ao 10º ano identificou que 29% dessa população apresentava envolvimento moderado com bullying. Destes estudantes, 13% eram agressores, 10,6% vítimas e 6,3% eram vítimas-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 em atos de bullying, sendo 22% como vítima, 15% como agressores e outros 12% como vítimas-agressores (FANTE, 2005).

De fato, poucos estudos epidemiológicos, representativos da população brasileira, foram realizados até o momento. O maior deles, envolvendo 60.973 escolares de 1.453 escolas públicas e privadas, em 26 capitais brasileiras e o 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). Contudo, 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, foi verificado que 29,1% dos estudantes haviam sido vítimas de bullying no último ano e 37,6% praticaram bullying contra um ou mais colegas no mesmo período (FISHER et al, 2010).

Um estudo encontrou que entre sua amostra de 3.767 estudantes do ensino médio no sudoeste e noroeste dos Estados Unidos, 22% relataram envolvimento em cyberbullying, incluindo 4% como agressores, 11% como vítimas e 7% como ambos (KOWALSKI; LIMBER, 2007). Há também evidências de que semelhante a tradicional

vitimização, experiências com cybervítimas estão associados a problemas psicossociais, como estresse emocional (RASKAUSKAS; STOLTZ, 2007).

3.2 BULLYING, PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL E TEMPERAMENTO

Estudos epidemiológicos apontam para uma prevalência estimada para transtornos mentais em crianças e adolescentes entre 15% a 21% (FEITOSA et al, 2011), sendo que para depressão maior em adolescentes brasileiros a prevalência foi entre 3,3% a 12,4%, (DELL' AGLIO; HUTZ, 2004).

A presença de problemas de saúde mental em envolvidos com comportamento de bullying também foi evidenciada. Estudos apontam que crianças vitimizadas podem apresentar risco de suicídio, depressão, ansiedade e problemas de relacionamento (FORERO et al, 1999; BOND et al, 2001). Já os agressores podem adotar comportamentos de risco, atitudes delinquentes ou tornarem-se ainda mais violentos (LOPES NETO, 2005). Os vítimas-agressores são mais suscetíveis ao abuso de substâncias, a comportamentos violentos e antissociais, quando comparados com adolescentes sem envolvimento com o bullying (LIANG; FLISHER; LOMBARD, 2007).

Outro transtorno frequente na infância é o Transtorno Desafiador de Oposição (TOD), que é definido como um padrão recorrente de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil para figuras de autoridade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). As crianças com TOD podem assemelhar-se ao comportamento normal 'rebelde'. Isto é, a oposição pode estar sendo tratada como uma dimensão temperamental e não como um transtorno categoricamente definido (LOEBER; BURKE; PARDINI, 2009). Contudo, os casos em que tal comportamento perdura durante a adolescência, incluindo-se características de oposição, desafio e comportamentos de agressividade, além de violação grave de direitos individuais e regras sociais importantes e próprias para a idade do indivíduo são diagnosticados como transtorno de conduta (TC) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Alguns fatores de risco para as alterações de comportamento, têm sido associados a vulnerabilidades genéticas, psicossociais e familiares (LOEBER; BURKE; PARDINI, 2009). Estudos indicam que há uma herdabilidade substancial tanto para TC como para o TOD (EAVES et al., 1997; 2000). Por outro lado, outros autores relataram graus moderados de genética compartilhada e influências ambientais para ambos os transtornos

(WALDMAN et al, 2001; DICK et al, 2005; ROWE et al, 2008 ; LAHEY et al, 2009; TUVBLAD et al, 2009).

Efeitos genéticos podem, em parte, ser mediados por fatores biológicos que estão começando a ser identificados como riscos compartilhados para problemas de oposição e de conduta (BEAUCHAINE; GATZKE-KOPP; MEAD, 2007). Por exemplo, os sintomas do afeto negativo (sensibilidade, raiva e rancor) podem ocorrer a partir de outros comportamentos de oposição (perder a calma com alguns adultos e desafiar ativamente).

A avaliação do temperamento tem como um dos principais precursores Chess e Thomas (1987) que realizaram um importante estudo longitudinal. Por meio da análise dos relatos de mães sobre o comportamento de seus bebês durante os primeiros seis meses de vida, identificaram nove dimensões de temperamento que, submetidas a análises qualitativas da significância funcional, apoiadas pela análise fatorial, agruparam-se em três categorias: crianças de temperamento fácil, temperamento difícil e de aquecimento lento (CHESS; THOMAS, 1987; 1991).

Influenciada por Chess e Thomas (1987), Rothbart (1986) também demonstrou interesse no temperamento infantil, principalmente, na compreensão do desenvolvimento do temperamento e a influência exercida por ele no processo de interações sociais da criança.

O temperamento é concebido como um conjunto de diferenças individuais estáveis de forte base genética e neurobiológica que aparecem a partir do nascimento (FOX et al, 2001). Segundo Rothbart (1981), o temperamento é entendido também como base constitucional na reatividade e na autorregulação, influenciadas ao longo do tempo pela hereditariedade, maturação e experiência. A reatividade é a característica da responsividade individual a mudanças de estimulação apresentada em diversos níveis (comportamental, autonômico e neuroendócrino). A autorregulação é definida como processos que modulam essa reatividade, incluindo, retraimento comportamental, controle inibitório e tentativa de controle da atenção (PUTNAM; GARTSTEIN; ROTHBART, 2006).

Em estudo prévio, as reações de agressividade foram classificadas em reativa e proativa (HUBBARD et al, 2002). A agressão reativa ocorre em resposta a algum estímulo ambiental, estando normalmente associada a isolamento social, rejeição entre pares, déficits em processar informações sociais e temperamento propenso a raiva e desregulação emocional. A proativa diz respeito àquela agressividade premeditada e instrumental, com o

objetivo de se obter vantagens ou serviços, domínio sobre os outros ou elevação do *status* social. Em um estudo recente foi encontrado que crianças com agressividade reativa manifestam raiva e comportamento agressivo em resposta às provocações dos pares e adultos, 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). Em outro estudo, os resultados demonstraram que a agressividade proativa está relacionada a baixos níveis de ansiedade (BLAIR et al, 2006).

Pesquisas recentes apontam que o comportamento de oposição está associado a sintomas internalizantes e externalizantes e que há três dimensões distintas do TDO com valores preditivos e comorbidades: dimensão irritabilidade (*irritability*), dimensão oposição (*headstrong*) e dimensão ofensiva (*hurtful*). A dimensão irritabilidade está associada a transtornos emocionais, como ansiedade e depressão. A dimensão oposição está associada a sintomas de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e comportamentos agressivos de oposição. Já a dimensão ofensiva refere-se a insensibilidade e falta de empatia (STRINGARIS; GOODMAN, 2009). Essa classificação foi recentemente adotada pela 5ª edição do DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Uma melhor compreensão sobre o comportamento de oposição na infância é importante por diversas razões. Isto é, se o TDO consiste em mais de uma dimensão, pode indicar que intervenções diferenciadas devem ser oferecidas para crianças e adolescentes, com implicações correspondentes para o planejamento de serviços. Além disso, diferentes dimensões da oposição podem ser preditoras de desfechos na vida adulta (STRINGARIS; GOODMAN, 2009).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal derivado de um banco de dados vinculado ao projeto maior “Viver melhor na escola”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.

Segundo Grady e Hearst (2008), a pesquisa em banco de dados consiste na análise de dados pré-existentes, sejam eles de estudos prévios ou de registros hospitalares para investigar questões de pesquisas.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os dados foram coletados no ano de 2013 e a amostra do banco foi de alunos de uma escola da rede pública estadual de ensino fundamental e médio, da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do HCPA.

Por ocasião da coleta, os critérios de inclusão no projeto foram: alunos matriculados do 5º ao 9º ano do ensino fundamental no turno da tarde, de ambos os sexos, com idade entre 10 e 17 anos e estarem presentes em sala de aula nos dias de coleta dos dados. Como critério de exclusão, foi considerado a presença de diagnóstico conhecido pela escola de retardo mental ou transtorno global do desenvolvimento.

Calculando-se um poder de 90%, alfa de 0,05, desvio-padrão de 0,9 para um tamanho de efeito de 0,8 obteve-se uma amostra mínima de 250 indivíduos.

4.3 COLETA DOS DADOS

Os dados coletados que constam no banco são informações sociodemográficas, como: idade, gênero, cor ou raça, desempenho escolar, composição familiar (APÊNDICE A) e os dados coletados por meio de instrumentos que foram aplicados na escola, em sala de aula, uma única vez, na presença de um dos pesquisadores.

Para detectar a presença de problemas externalizantes e internalizantes, utilizou-se o Questionário de Capacidades e Dificuldades - versão criança (SDQ-C). Trata-se de um instrumento de triagem para crianças e adolescentes, de fácil aplicação e que fornece

hipóteses diagnósticas de prováveis problemas de saúde mental. Sua finalidade é medir comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) em crianças e adolescentes, na faixa etária de 3 a 16 anos (GOODMAN; MELTZER; BAILEY, 1998). O questionário é composto por 25 itens divididos em cinco domínios: emocional, conduta, hiperatividade, relacionamento e pró-social. As alternativas para resposta são expostas em cada questão, e apresentam como opções: falso (0 ponto), mais ou menos verdadeiro (1 ponto) e verdadeiro (2 pontos) (ANEXO A). No domínio pró-social, quanto maior a pontuação, maior é a capacidade. Nos demais domínios quanto maior a pontuação, maior será a dificuldade (GOODMAN; MELTZER; BAILLY, 1998; FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000).

A avaliação do envolvimento e comportamento de bullying foi por meio da *Olweus Bully Victim Questionnaire* (OLWEUS; LIMBER; MIHALIC, 1999), versão modificada - Questionário de Avaliação de Bullying (FISCHER, 2010) que auxilia na caracterização dos papéis de vítimas e agressores tanto no ambiente escolar, quanto fora da escola (ANEXO B e C). Trata-se de uma escala baseada em autorrelato, que não utiliza uma definição de bullying para ser aplicada e a identificação do aluno com as atitudes descritas, sendo considerado agressor ou vítima os que apresentam pontuação mais elevada. O questionário é composto por 23 questões sobre a prática de bullying e 23 questões sobre a vitimização. Os alunos indicaram com qual frequência cometeram ou sofreram determinada atitude na escola no último mês. As respostas vão de (1) “nenhuma vez”, (2) “1 ou 2 vezes”, (3) “Cerca de uma vez por semana”, (4) “várias vezes por semana”.

Para avaliação da irritabilidade, ou seja, humor facilmente irritável, caracterizado por presença de raiva e acessos de fúria, foi utilizado o Índice de Reatividade Afetiva – versão criança (ARI-C) (ANEXO D). A escala avalia a irritabilidade nos últimos seis meses (STRINGARIS et al, 2012). Nesse estudo foi utilizada a versão brasileira adaptada e as opções de respostas são: (0) “Não é verdade”, (1) “Um pouco verdade” ou (2) “Certamente verdade” (SOUSA et al, 2013). O ARI foi construído para avaliar de modo rápido e objetivo três aspectos da irritabilidade: o limiar da reação de raiva, a frequência de sentimentos e comportamentos de raiva, e a sua duração. A consistência interna no estudo de validação mostrou-se excelente (STRINGARIS et al, 2012), variando de 0,92 (versão pais) e 0,88 (versão criança).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi analisado utilizando-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi o de $\alpha=0,05$ com intervalo de confiança (IC) de 95%. As variáveis categóricas estão apresentadas como frequência e percentual e as contínuas pela média e desvio padrão ou mediana e percentis, conforme distribuição. Para verificar a consistência interna (confiabilidade) dos itens que compõe o ARI foi utilizado o coeficiente de Cronbach.

A associação entre envolvimento com bullying e as características demográficas, de desempenho escolar, de temperamento e dos problemas de saúde mental foi analisada com: Teste Qui Quadrado (Exato de Fisher e Pearson), Mann Whitney e Kruskal-Wallis para amostra independente.

Utilizou-se a análise de regressão de Poisson para identificar a associação independente dos fatores em relação ao desfecho estudado. A entrada no modelo da regressão foi considerada os resultados da análise bivariada com $p < 0,10$ e para definição do modelo final foram testadas as variáveis com $p < 0,05$ com testes de ajustamento como: multicolinearidade e normalidade de resíduos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto atende aos aspectos éticos estabelecidos pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (RDC) nº 466/2012 (BRASIL, 2013). O projeto maior intitulado “Viver Melhor na Escola” foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do HCPA nº 120153 (ANEXO E) e na Plataforma Brasil (CAEE nº 06602412.8.0000.5327).

O presente projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (ANEXO F). As autoras assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados (ANEXO G) para assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa.

Os demais aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados serão devidamente mencionados no texto, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que se refere aos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

5 RESULTADOS

Foram incluídos no presente estudo um total de 297 alunos. Na tabela 1 estão descritas as características demográficas e de desempenho escolar. Observou-se o predomínio do sexo feminino (n= 165; 55,6%), de etnia autodeclarada de branca (n=136; 46,5%), com a idade entre o mínimo de 10 e máximo de 17 anos. Em relação ao desempenho escolar, 128(43,1%) alunos informaram já terem sido reprovados pelo menos 1 vez.

Tabela 1- Características demográficas e de desempenho escolar da amostra (n=297)

Características	Frequência
Demográficas	
Sexo*	
Feminino	165 (55,6)
Idade (em anos)**	
	12,7 (1,59)
Etnia*	
Branca	138 (46,5)
Negra	74 (24,9)
Parda	74 (24,9)
Indígena	11 (3,7)
Desempenho escolar	
Repetência (pelo menos 1 vez)	128(43,1)
Quantas vezes***	1(1-2)
Expulsão /Suspensão	43(14,5)

*Dados apresentados em frequência absoluta (percentual)

** Dados apresentados em média (desvio padrão)

*** Dado apresentado em mediana (percentil 25-75)

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação a avaliação das escalas de bullying, a mediana geral do comportamento como agressor foi de 25(23-27) e como vítima foi de 26(24-30). Para a categorização dos tipos de envolvimento, foi considerado vítima e agressor os adolescentes com escore maior que a mediana nas respectivas escalas de avaliação de comportamento de bullying. A frequência foi de que 134(45,1%) eram vítimas, 145(48,8%) eram agressores. Os que

apresentaram escores superior a mediana em ambas as escalas, foram categorizados como vítimas-agressores, totalizando 99(33,3%) adolescentes e 100(33,7%) alunos não apresentavam envolvimento com o bullying (escore menor que a mediana nas duas escalas de bullying). Na Tabela 2 constam as variáveis categóricas e foi encontrada associação significativa entre o sexo masculino e envolvimento como vítima ($p=0,029$) e vítima-agressor ($p= 0,022$). Ter sido expulso ou suspenso foi associado ao envolvimento como agressor ($p= 0,001$). Entretanto, a etnia e a reprovação não apresentaram associação significativa com o comportamento de bullying (Tabela 2).

Tabela 2. Associação entre envolvimento com bullying e características demográficas e de desempenho escolar.

Características	Bullying					
	Vítima 134(45,1%)	P-valor	Agressor 145(48,8%)	P-valor	Vítima-Agressor 99(33,3%)	P-valor
Demográficas						
Sexo*						
Masculino	70(53,0)	0,029	72(54,5)	0,072	54(40,9)	0,022
Feminino	64(38,7)		73(44,2)		45(27,2)	
Etnia**						
Branca	64(43,3)	0,370	64(46,3)	0,207	43(31,1)	0,054
Negra	30(40,5)		38(51,3)		27(36,4)	
Parda	32(43,2)		34(45,9)		21(28,3)	
Indígena	8(72,7)		9(81,8)		8(72,7)	
Desempenho Escolar						
Repetência*						
Sim	63(49,2)	0,180	68(53,1)	0,116	49(38,3)	0,099
Não	71(42,0)		75(44,4)		50(29,6)	
Expulsão/suspensão*						
Sim	21(48,8)	0,494	30(69,7)	0,001	18(41,8)	0,140
Não	112(44,1)		113(44,4)		80(31,5)	

Teste Qui Quadrado: *Exato de Fisher ; ** Pearson

$p<0,05$

Fonte: Elaborado pela autora.

A escala que avaliou o temperamento irritável (ARI) apresentou o coeficiente de confiabilidade satisfatório, com $\alpha = 0,859$ e a mediana geral (percentil 25-75) = 10 (8 - 13). Em relação aos problemas de saúde mental, as medianas gerais nos domínios do SDQ foram: emocional = 5(4-6); conduta = 4(3-6); hiperatividade = 4(3-5); relacionamento = 4(3-5); e pró-Social= 4(4-5).

Na Tabela 3 estão apresentadas as associações com as variáveis contínuas. Foi encontrada associação significativa entre envolvimento com bullying como agressor com mais idade ($p= 0,030$). Ter temperamento mais irritável foi associado significativamente com o envolvimento com bullying como agressor ($p<0,001$), como vítima ($p<0,001$) e como vítima-agressor ($p<0,001$). Outra associação significativa encontrada foi entre maiores escores no domínio de conduta com ser vítima ($p<0,001$), agressor ($p=0,014$) e vítima-agressor ($p=0,015$). Também apresentou associação significativa, os maiores escores no domínio hiperatividade com ser vítima ($p=0,016$), agressor ($p=0,036$) e vítima-agressor ($p=0,025$); e no domínio pró-social foi associado com ser vítima de bullying ($p=0,032$).

Tabela 3. Associação entre envolvimento com bullying com temperamento irritável e problema de saúde mental.

Características	Bullying					
	Vítima		Agressor		Vítima-Agressor	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Demográficas						
Idade	13(12-14)	13(11-14)	13(12-14)	13(11-14)*	13(11-14)	13(11-14)
Temperamento Irritável						
ARI	11(8,5-14)	9(8-11)**	11(9-14)	9(7-11)**	11,5(9-14)	9(8-11)**
Problemas de saúde Mental (SDQ-C)						
Emocional	5(4-6)	5(4-6)	5(4-6)	5(4-6)	5(4-6)	5(4-6)
Conduta	5(4-6)	4(3-5)**	5(3,2-6)	4(3-5)*	5(4-6)	4(3-5)*
Hiperatividade	4(3-5)	4(3-5)*	4(5-6)	4(3-5)*	4(3-5)	4(3-5)*
Relacionamento	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)
Pró-Social	5(4-6)	4(4-5)*	4(3,2-5)	4(4-5)	5(4-6)	4(4-5)

Abreviatura: ARI - Índice de Reatividade Afetiva; SDQ-C - Questionário de Capacidades e Dificuldades-versão criança. Teste Mann-Whitney U. * $p<0,05$ e ** $p<0,001$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando que diferentes características apresentaram associação significativa com o comportamento de bullying, foi realizada a análise de regressão de Poisson para identificar as variáveis independentes que poderiam influenciar esse comportamento nos adolescentes avaliados. O resultado do modelo final está apresentado na Tabela 4. Foi encontrada uma razão prevalência (RP) maior entre envolvimento com bullying como vítima, agressor e vítima–agressor com o sexo masculino e nos que apresentam temperamento mais irritável. Entre os problemas de saúde mental, a maior prevalência foi ser vítima de bullying e maior escore no domínio de conduta. Em relação ao desempenho escolar, a maior prevalência foi entre ter histórico de expulsão ou suspensão e comportamento como agressor. As demais variáveis como idade, repetência e os domínios de hiperatividade e pró-social perderam a significância estatística.

Tabela 4. Análise de regressão de Poisson considerando o bullying como variável dependente e desempenho escolar, temperamento e problemas de saúde mental como variáveis independentes.

Variáveis	Bullying					
	Vítima		Agressor		Vítima-Agressor	
Demográficas						
Sexo - Masculino	1,56(1,23-1,98)	<0,001	1,41(1,12-1,77)	0,003	1,75(1,27-2,40)	0,001
Idade	--	--	1,07 (0,98-1,17)	0,133	--	--
Desempenho escolar						
Repetência	0,97(0,76-1,24)	0,807	0,87(0,64-0,17)	0,343	1,06 (0,76-1,48)	0,720
Expulsão/suspensão	--	--	1,36(1,04-1,78)	0,023	1,07(0,69-1,67)	0,768
Temperamento Irritável						
ARI	1,05(1,02-1,08)	0,004	1,09(1,06-1,12)	<0,001	1,10(1,05-1,14)	<0,001
Problemas de Saúde Mental (SDQ)						
Conduta	1,11(1,03-1,19)	0,007	1,02(0,95-1,09)	0,611	1,05(0,96-1,15)	0,289
Hiperatividade	1,06(0,98-1,15)	0,166	1,05(0,97-1,14)	0,223	1,07(0,97-1,19)	0,179
Pró-Social	1,06(0,98-1,16)	0,152	--	--	--	--

Abreviatura: ARI - Índice de Reatividade Afetiva; SDQ-C - Questionário de Capacidades e Dificuldades-versão criança.
Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram, após a análise de regressão, que a prevalência dos três tipos de comportamento de bullying foi maior nos adolescentes com temperamento mais irritável e do sexo masculino. Já as vítimas têm mais problemas de saúde mental de conduta e o agressor é mais prevalente entre os que já foram expulso ou suspenso da escola.

A prevalência de bullying no presente estudo foi superior a outras pesquisas realizadas com estudantes brasileiros do ensino fundamental que encontraram 29,1% de vítimas e 37,6% como agressor no último ano (FISHER et al, 2010) e 32,6% dos meninos e 29,1% das meninas foram vítimas nos 30 dias anteriores à pesquisa (MALTA et al, 2010). Porém ambos os estudos eram descritivos e não verificaram os fatores associados ao comportamento de bullying.

A maior prevalência de estudantes do sexo masculino envolvidos com bullying também foi encontrada em estudos recentes com estudantes do ensino fundamental. Os resultados das pesquisas demonstraram que 52,7% (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011) e 50,7% (RECH et al, 2013) eram do sexo masculino e foi apontada uma associação entre ser do sexo masculino e estar envolvido com o bullying como vítima ($RP= 1,49$) (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011). No outro estudo os resultados foram semelhantes e apontou os meninos com o dobro de prevalência ($RP = 2,45$) de serem agressores em relação as meninas (RECH et al, 2013).

Uma possível explicação para a diferença entre os sexos é que os meninos se encontram em uma fase na qual a competição por status e a busca por prestígio entre as meninas aumenta consideravelmente, fazendo com que eles assumam comportamento de risco (ZAINÉ; REIS; PADOVANI, 2010). No contexto escolar, os meninos vivenciam a expressão da agressividade de um modo mais acentuado e as meninas com formas mais sutis de humilhação ou intimidação (MALTA et al, 2010).

Os resultados do nosso estudo apontaram associação significativa entre o envolvimento com bullying como agressor e histórico de suspensão ou expulsão. O achado foi confirmado em outro estudo que encontrou sete em cada 10 crianças encaminhadas à rede de saúde com queixa de baixo desempenho escolar apresentam sintomas emocionais e/ou comportamentais em nível clínico (MARTURANO; TOLLER; ELIAS, 2005) e em outro que aponta a agressividade como uma das queixas mais frequentes para o

encaminhamento de crianças à psicoterapia (CABALLO, 2012). Ainda, um estudo confirmou a associação entre problemas de saúde mental com habilidades acadêmicas pobres (DODGE; PETTIT, 2003). Além disso, uma pesquisa demonstrou que as vítimas possuem um escore mais elevado (RP=1,89) nos domínios conduta (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011), o que vai ao encontro dos achados do presente estudo.

Atualmente, a irritabilidade tem sido foco de pesquisas e encontraram que este traço de temperamento está associado a diversos desfechos negativos em saúde e, especialmente, ao desenvolvimento de depressão e ansiedade na vida adulta (STRINGARIS et al, 2009; STRINGARIS et al, 2012). A irritabilidade é 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, encontrado no presente estudo. Os achados estão de acordo com estudos prévios que apontaram para a associação direta entre irritabilidade com explosão de raiva (STRINGARIS; GOODMAN, 2009) e estudos encontraram que este traço é comum a diversos transtornos psiquiátricos, incluindo tanto os transtornos externalizantes como os internalizantes (STRINGARIS et al, 2009; STODDARD; COMMENT; ZIMMERMAN, 2013). Assim, o traço de irritabilidade pode ocupar um papel central na psicopatologia de adolescentes, cruzando a divisão internalizante/externalizante da saúde mental.

Recentemente foi encontrado que crianças com agressividade reativa manifestam raiva e comportamento agressivo em resposta às provocações dos pares e de adultos, 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).

Em uma metanálise, os autores concluíram que as dificuldades emocionais estão associadas com indivíduos altamente reativos aos estímulos externos (CARD; LITTLE, 2006) e os fatores de risco para as alterações de comportamentos, têm sido associados a vulnerabilidades genéticas, psicossociais e familiares (LOEBER; BURKE; PARDINI, 2009). De fato, a agressividade é considerada atualmente como um elemento importante para o desenvolvimento dos transtornos de comportamento (KIMONIS; FRICK, 2010).

Dados recentes apontam que uma boa aceitação entre as crianças e adolescentes no ambiente de convívio contribui para um melhor desenvolvimento da saúde, das habilidades sociais e um fortalecimento da capacidade de reação frente a situações adversas (OLSON,

2013), além de ser um fator indispensável para o crescimento biopsicossocial do adolescente (OLIVEIRA; ANTONIO, 2006).

Assim, estudos sobre os aspectos psicobiológicos e bullying poderão contribuir para a definição de diagnósticos e tratamentos mais precisos, visto que alguns comportamentos são semelhantes e, muitas vezes, são julgados como “personalidade forte” ou “retraimento”, não sendo reconhecidos como um problema (ASSUMPCÃO JR, 2009). Por exemplo, estudos apontam que as crianças com Transtorno Desafiador de Oposição (TOD) podem assemelhar-se ao comportamento normal 'rebelde'. Isto é, a oposição pode estar sendo tratada como uma dimensão temperamental e não como um transtorno categoricamente definido (LOEBER; BURKE; PARDINI, 2009).

A escola é o local onde as crianças e adolescentes permanecem grande parte de seu dia, tornando-se quase uma segunda casa e tem por objetivo a socialização centrada no princípio da equidade onde todos têm os mesmos direitos, procurando igualar as discrepâncias na sociedade (FANTE, 2005).

Assim, justifica-se buscar intervenções que abordem traços de temperamento irritável para promover uma melhora da regulação emocional que envolve em selecionar e avaliar estímulos emocionais que ativam o indivíduo e desencadeiam respostas fisiológicas e comportamentais (SHAW et al, 2014).

O presente estudo apresenta limitações. Por se tratar de um estudo com delineamento transversal, não é possível estabelecer uma relação causal entre as variáveis. A questão etnia foi respondida por autodeclaração não sendo conferida pelos pesquisadores, o que pode ter comprometido as respostas. Também não foram considerados outros fatores, como o impacto hormonal na irritabilidade. Em relação a escala de avaliação de bullying, por ser traduzida e ser utilizada em estudos descritivos, não apresenta ainda um ponto de corte específico.

7 CONCLUSÕES

O bullying é um tema atual com importante impacto negativo, principalmente, no ambiente escolar. O resultado do estudo, principalmente a relação entre o temperamento irritável e o envolvimento com os diferentes tipos de bullying, acrescenta um dado novo que merece maior investigação.

A violência é um problema de saúde coletiva e é fundamental a articulação da escola com o sistema de saúde, para a busca de soluções através das estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde dos alunos. De fato, os adolescentes envolvidos com bullying, seja como vítima, agressor ou vítima-agressor, podem necessitar de múltiplos serviços nas áreas da saúde mental, da justiça, da educação e de programas sociais.

Frequentemente, é aos enfermeiros que cabe o papel de planejar e promover tais ações e tem sido este profissional que tem servido de referência às escolas no encaminhamento de suas demandas. No entanto, pouco tem sido feito para instrumentalizar tais profissionais que, muitas vezes, sentem-se despreparados para responder adequadamente a tais demandas.

Portanto, intervenções que visem prevenir e diminuir o comportamento agressivo na escola, focadas em populações de risco e factíveis de serem realizados em escolas públicas são essenciais no enfrentamento do bullying.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. 5th ed. Washington, DC 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, n. 3, p. 268-97, 2005.

ASSUMPÇÃO JR, F.B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Revista de Psicopedagogia**, v. 26, n. 81, p. 441-57, 2009.

BEAUCHAINE, T.P.; GATZKE-KOPP, L.; MEAD, H.K. Polyvagal Theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. **Biological Psychology**, v. 74, n. 2, p. 174-84, 2007.

BLAIR, R.J.; et al. The development of psychopathy. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 47, n. 3-4, p. 262-76, 2006.

BOLSONI-SILVA, A.T.; LOUREIRO, S.R.; MARTURANO, E.M. Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades e relatos. **Psico**, v. 42, n.3, p.354-61, 2011.

BOND, L.; et al. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. **British Medical Journal**, v. 323, n. 7311, p. 480-4, 2001.

BORSA, J.C.; BANDEIRA, D.R. The use of psychological measures of child aggressive behavior: analysis os Brazilian scientific production. **Avaliação Psicológica**, v. 10, n. 2, p. 193-203, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Normas de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução CNS 466/2012, 2013.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9610.htm>. Acesso em: 16 abr. 2014.

BURK, L.; et al. Stability of early identified aggressive victim status in elementary school and associations with later mental health problems and functional impairments. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 39, n. 2, p. 225-38, 2011.

CABALLO, V.E. **Manual para avaliação clínica dos transtornos psicológicos: estratégias de avaliação, problemas infantis e transtornos de ansiedade**. São Paulo: Santos, 2012.

CARD, N.A.; LITTLE, T.D. Analytic considerations in cross-cultural research on peer relations. In: CHEN, X.; FRENCH, D.C.; SCHNEIDER, B. **Peer relations in cultural context**. New York: Cambridge University Press. 2006, p. 75-95.

- CARVALHOSA, S.F.; MOLEIRO, C.; SALES C. Violence in portuguese schools. **International Journal of Violence and School**, v. 9, p. 57-78, 2009.
- CHESS, S.; THOMAS, A. **Annual progress in child psychiatry and child development**. New York: Brunner/Mazel. 1987, p. 656.
- CHESS, S.; THOMAS, A. Temperament and the concept of goodness of fit. In: STRELAU, J.; ANGLEITNER, A. **Explorations in Temperament**. New York: Plenum Press. 1991, p. 15-28.
- CHESSON, R. Bullying: the need for an interagency response – bullying is a social as well as an individual problem. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7206, p. 330-1, 1999.
- COLMAN, I.; et al. Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of national cohort. **British Medical Journal**, v. 338, n. 2981, p. 1-8, 2009.
- COOLIDGE, F.; DENBOER, J.; SEGAL, D. Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. **Personality and Individual Differences**, v. 36, n. 7, p. 1559-69, 2004.
- CRICK, N.R.; GROTPETER, J.K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. **Child Development**, v. 66, n. 3, p. 710-22, 1995.
- DAVID-FERDON, C.; HERTZ, M.F. Electronic media, violence, and adolescents: an emerging public health problem. **Journal of Adolescent Health**, v. 41, n. 6, p. S1-5, 2007.
- DELL'AGLIO, D.D.; HUTZ, C.S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 351-7, 2004.
- D'ABREU, L.C.F.; MARTURANO, E.M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estudos de Psicologia**, v. 15, n. 1, p. 43-51, 2010.
- DEHUE, F.; BOLMAN, C.; VÖLLINK, T. Cyberbullying: youngsters' experiences and parental perception. **CyberPsychology & Behavior**, v. 11, n. 2, p. 217-23, 2008.
- DICK, D.M.; et al. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 33, n. 2, p. 219-29, 2005.
- DODGE, K.A.; PETTIT, G.S. A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. **Developmental Psychology**, v. 39, n. 2, p. 349-71, 2003.
- DUQUE, D. Bullying: a violência invisível. **Revista Dimensão**, v. 49, p. 24-5, 2007. Sem número
- EAVES, L.J.; et al. Genetics and developmental psychopathology: The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent

Behavioral Development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 38, n. 8, p. 965-80, 1997.

EAVES, L.J.; et al. Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. **Behavior Genetics**, v. 30, n. 4, p. 321-34, 2000.

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

FANTE, C. **Fenômeno bullying: como prevenir a violência escolar e educar para a paz**. São Paulo: Verus, 2005.

FEITOSA, H.N.; et al. Saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. **Revista Bioética**, v. 19, n. 1, p. 259-75, 2011.

FISCHER, R. et al. **Relatório de pesquisa: bullying escolar no Brasil**. São Paulo, Brasil: Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor (Ceats) e Fundação Instituto de Administração (FIA); 2010. Disponível em: <http://catracalivre.folha.uol.com.br/wp-content/uploads/2010/03/Pesquisa-Bullying.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2014.

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

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

FRANCISCO, M.V.; LIBÓRIO, R.M.C. Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 22, n. 2, p. 200-7, 2009.

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, n. 1, p.1-21. 2001.

FORERO, R.; et al. Bullying behavior and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. **British Medical Journal**, v. 319, n. 7206, p. 344-8, 1999.

FURLONG, M.J.; MORRISON, G.M.; JIMERSON, S.R. Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. In: RUTHERFORD JR R.B.; QUINN, M.M.; MATHUR, S.R. (Eds.), **Handbook of research in emotional and behavioral disorders**. The Guilford Press: Nova York. 2004. p. 243-61.

GOODMAN, R.; MELTZER, H.; BAILEY, V. The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 7, n. 3, p. 125-30, 1998.

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, 2008. p. 225-39.

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

HELDT, E.; et al. **Projeto de pesquisa: Viver melhor na escola**. Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Projeto aprovado n 120153, 2012.

HUBBARD, J.A.; et al. Observational, physiological, and self-report measures of children's anger: Relations to reactive versus proactive aggression. **Child Development**, v. 73, n. 4, p. 1101-18, 2002.

KIMONIS, E.R.; FRICK, P.J. Etiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder: biological, familial and environmental factors identified in the development of disruptive behavior disorders. In: MURRIHY, R.C.; KIDMAN, A.D.; OLLENDICK, T.H. **Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth**. Springer Science, 2010, p. 49-76.

KOWALSKI, R.M.; LIMBER, S.P. Electronic Bullying Among Middle School Students. **Journal of Adolescent Health**, v. 41, n. 6, p. S22-30, 2007.

LAMB, J.; PEPLER, D.; CRAIG, W. Approach to bullying and victimization. **Canadian Family Physician**, v. 55, n. 4, p. 356-60, 2009.

LAHEY, B.; et al. Are Oppositional-Defiant and Hyperactive-Inattentive Symptoms Developmental Precursors to Conduct Problems in Late Childhood? Genetic and Environmental Links. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 37, n. 1, p. 45-58, 2009.

LIANG, H.; FLISHER, A.J.; LOMBARD, C.J. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. **Child Abuse & Neglect**, v. 31, n. 2, p. 161-71, 2007.

LYZNICKI, J.M.; McCAFFREE, M.A.; ROBINOWITZ, C.B. American Medical Association, Chicago, Illinois. Childhood Bullying: implications for physicians. **American Family Physician**, v. 70, n. 9, p. 1723-8, 2004.

LOEBER, R.; BURKE, J.; PARDINI, D.A. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 1-2, p. 133-42, 2009.

LOPES NETO, A.A.; SAAVEDRA, L.H.; MONTEIRO FILHO, L. **Diga não para o bullying – programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes**. ABRÁPIA, 2003. Disponível em: <http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf>. Acesso em: 02 mai.2014.

LOPES NETO, A.A. Bullying: comportamento agressivo entre estudantes. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. S164-72, 2005.

MALTA, D.C.; et al. Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 3065-76, 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.

METZNER-SZIGETH, A. “El movimiento y la matriz” – Internet y transformación socio-cultural. **Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación (CTS+I)**, v. 7, n. Setembro-Dezembro, 2006. Disponível em: <http://www.oei.es/revistactsi/numero7/articulo04.htm>. Acesso em: 05 mai. 2014.

MIHALIC, S.; et al. Center for the Study and Prevention of Violence – UNIVERSITY OF COLORADO - Boulder. **Blueprints for violence**, 2004. Disponível em: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/204274.pdf>. Acesso em: 02 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. **Journal of the American Medical Association**, v. 285, n. 16, p. 2094-100, 2001.

OLIVEIRA, A.S.; ANTONIO, P.S. Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno bullying: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 01, p. 30-41, 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista8_1/original_04.htm. Acesso em 10 jun.2014.

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, n. 3, p. 817-42, 2013.

OLWEUS, D. **Bullying at school: what we know and what we can do**. Oxford, UK: Blackwell Publishing, 1993.

OLWEUS, D.; LIMBER, S.; MIHALIC, S. **Bullying Prevention Program: Blueprints for Violence Prevention**, Book Nine. Elliott DS, editor. Boulder, CO, 1999.

OLWEUS, D. Bullying at school: tackling the problem. **OECD Observer**, v. 225, p. 24-6, 2001.

OWENS, L.; SHUTE, R.; SLEE, P. “Guess what I just heard!”: Indirect aggression among teenage girls in Australia. **Aggressive Behavior**, v. 26, n. 1, p. 67-83, 2000.

PEARCE, J.B.; THOMPSON, A.C. Practical approaches to reduce the impact of bullying. **Archives Disease Childhood**, v. 79, n. 6, p. 528-31, 1998.

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, n. 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, n. 2, p. 145-60, 2011.
- RASKAUSKAS, J.; STOLTZ, A.D. Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. **Developmental Psychology**, v. 43, n. 3, p. 564-75, 2007.
- RECH, R.R.; et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p.164-70, 2013.
- ROTHBART, M.K. Measurement of temperament in infancy. **Child Development**. V. 52, p. 569-78, 1981.
- ROTHBART, M.K. A psychobiological approach to the study of temperament. In: KOHNSTAMM, G.A. (Org.) **Temperament discussed – temperament and development in infancy and childhood**. Lisse: Swets & Zeitlinger. 1986, p. 63-72.
- ROWE, R.; et al. Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 49, n. 5, p. 526-34, 2008.
- RUOTTI, C.; ALVES, R.; CUBAS, V.O. **Violência na escola: um guia para pais e professores**. São Paulo: Andhep: Imprensa Oficial do estado de São Paulo. 2007.
- SALUM, G.A.; et al. Effects of childhood development on late-life mental disorders. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 23, n. 6, p. 498–503, 2010.
- SHAW, P.; et al. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. **The American Journal of Psychiatry**, v. 171, n. 3, p. 276-93, 2014.
- SILVA, N.T. **Associação entre comportamentos de oposição em adolescentes e arousal: avaliação por meio de resposta cutânea simpática**. Trabalho de Mestrado. Porto Alegre, RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
- SLONJE, R.; SMITH, P.K. Cyberbullying: another main type of bullying? **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 49, n. 2, p. 147-54, 2008.
- SOUSA, 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, n. 3, p. 171-80, 2013.
- 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, n. 2, p. 397-404, 2007.
- 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, n. 2, p. S55-6, 2013.

- STRINGARIS, A. Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 20, n. 2, p. 61-6, 2011.
- STRINGARIS, A.; GOODMAN, R. Three dimensions of oppositionality in youth. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 216-23, 2009.
- STRINGARIS, A.; et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. **The American Journal of Psychiatry**, v. 166, n. 9, p. 1048-54, 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, n. 11, p. 1109-17, 2012.
- TUVBLAD, C.; et al. A Common Genetic Factor Explains the Covariation Among ADHD ODD and CD Symptoms in 9-10 Year Old Boys and Girls. **Journal of Abnormal Child Psychology**, v. 37, n. 2, p. 153-67, 2009.
- VAUGHN, M.G.; et al. Psychiatric Correlates of Bullying in the United States: Findings from a National Sample. **Psychiatric Quarterly**, v. 81, n. 3, p. 183-95, 2010.
- VOLK, A.A.; et al. Is Adolescent Bullying an Evolutionary Adaptation? **Aggressive Behavior**, v. 38, n. 3, p. 223-38, 2012.
- WALDMAN, I.; et al. **Causes of the overlap among symptoms of ADHD, oppositional defiant disorder, and conduct disorder**. In: LEVY, F.; HAY, D.A. (editors). Attention, genes and ADHD. New York: Brunner-Routledge. 2001.
- WANG, J.; IANNOTTI, R.J.; NANSEL, T.R. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. **Journal of Adolescent Health**, v. 45, n. 4, p.368-75, 2009.
- WEISS, J.W.; et al. Longitudinal effects of hostility, depression, and bullying on adolescent smoking initiation. **Journal of Adolescent and Health**, v. 48, n. 6, p. 591-6, 2011.
- ZAINE, I.; REIS, M.J.D. ; PADOVANI, R.C. Comportamentos de bullying e conflito com a lei. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 3, 2010.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO – para preenchimento dos ALUNOS

Seu nome completo:

Se você tiver email, escreva aqui:

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

Tel: _____ . A quem este telefone
pertence?: _____

Tel: _____ . A quem este telefone
pertence?: _____

Tel: _____ . A quem este telefone
pertence?: _____

Seu sexo (Marque um X):

0. Masculino 1. Feminino

Sua idade:

_____ anos

Sua data de nascimento:

_____/_____/_____
Dia Mês Ano

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

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

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

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

O quanto você normalmente estuda para uma prova?

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):

1. Sim 2. Não

Se sim, quantas vezes? _____

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

1. Sempre vou mal 2. Às vezes eu 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):

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

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

Eu estudo nesta escola há _____ ano(s).

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

ANEXO A – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

QUESTIONÁRIO 1

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

		Mais ou menos		
		Falso	verdadeiro	Verdadeiro
T0_SDQ_01	Eu tento ser legal com as outras pessoas. Eu me preocupo com os sentimentos dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_02	Não consigo parar sentado quando tenho que fazer a lição ou comer; me mexo muito, esbarrando em coisas, derrubando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_03	Muitas vezes tenho dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_04	Tenho boa vontade para dividir, emprestar minhas coisas (comida, jogos, canetas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_05	Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_06	Eu estou quase sempre sozinho. Eu geralmente jogo sozinho ou fico na minha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_07	Geralmente sou obediente e normalmente faço o que os adultos me pedem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_08	Tenho muitas preocupações, muitas vezes pareço preocupado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_09	Tento ajudar se alguém parece magoado, aflito ou sentindo-se mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_10	Estou sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_11	Eu tenho pelo menos um bom amigo ou amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_12	Eu brigo muito. Eu consigo fazer com que as pessoas façam o que eu quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_13	Frequentemente estou chateado, desanimado ou choroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_14	Em geral, os outros jovens gostam de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_15	Facilmente perco a concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_16	Fico nervoso quando tenho que fazer alguma coisa diferente, facilmente perco a confiança em mim mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_17	Sou legal com crianças mais novas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_18	Geralmente eu sou acusado de mentir ou trapacear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_19	Os outros jovens me perturbam, 'pegam no pé'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_20	Frequentemente me ofereço para ajudar outras pessoas (pais, professores, crianças)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_21	Eu penso antes de fazer as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_22	Eu pego coisas que não são minhas, de casa, da escola ou de outros lugares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_23	Eu me dou melhor com os adultos do que com pessoas da minha idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_24	Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T0_SDQ_25	Eu consigo terminar as atividades que começo. Eu consigo prestar atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B – Olweus Bully Questionnaire

QUESTIONÁRIO 2

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

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

		Nenhuma vez	Uma ou duas vezes	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
TO_BUL_01	Dei socos, pontapés ou empurrões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_02	Puxei o cabelo ou arranhei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_03	Fiz ameaças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_04	Obriguei a me entregar dinheiro ou coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_05	Peguei sem consentimento dinheiro ou coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_06	Estraguei coisas das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_07	Xinguei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_08	Insultei por causa da cor ou raça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_09	Insultei por causa de alguma característica física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_10	Humilhei por causa da orientação sexual ou trejeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_11	Fiz zoações por causa do sotaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_12	Dei risadas e aponte o dedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_13	Coloquei apelidos nos outros que eles não gostaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_14	Encurrelei ou coloquei contra a parede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_15	Persegui dentro ou fora da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_16	Assediei sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_17	Não deixei fazer parte do grupo de colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_18	Ignorei completamente, dei "gelo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_19	Inventei que pegaram coisas dos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_20	Disse coisas maldosas sobre ele(s) ou sobre sua(s) família(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_21	Fiz ou tentei fazer com que os outros não gostassem dele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_22	Forcei a agredir outro(a) colega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_BUL_23	Usei da internet ou celular para agredir outro(s) colega(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C – Olweus Victim Questionnaire

QUESTIONÁRIO 3

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

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

		Nenhuma vez	Uma ou duas vezes	Cerca de uma vez por semana	Várias vezes por semana
TO_VIC_01	Me deram socos, pontapés ou empurrões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_02	Puxaram meu cabelo ou me arranharam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_03	Me ameaçaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_04	Fui obrigado(a) a entregar dinheiro ou minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_05	Pegaram sem consentimento meu dinheiro ou minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_06	Estragaram minhas coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_07	Me xingaram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_08	Me insultaram por causa da minha cor ou raça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_09	Me insultaram por causa de alguma característica física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_10	Fui humilhado(a) por causa da minha orientação sexual ou trejeito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_11	Fizeram zoações por causa do meu sotaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_12	Deram risadas e apontaram para mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_13	Colocaram apelidos em mim que eu não gostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_14	Fui encurralado(a) ou colocado(a) contra a parede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_15	Fui perseguido(a) dentro ou fora da escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_16	Fui sexualmente assediado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_17	Não me deixaram fazer parte de um grupo de colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_18	Me ignoraram completamente, me deram "gelo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_19	Inventaram que peguei coisas dos colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_20	Disseram coisas maldosas sobre mim ou sobre minha família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_21	Fizeram ou tentaram fazer com que os outros não gostassem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_22	Fui forçado(a) a agredir outro(a) colega	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_VIC_23	Usaram da internet ou celular para me agredir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO D – Índice de Reatividade Afetiva (ARI)

QUESTIONÁRIO 4

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

		Não é verdade	Um pouco verdade	Certamente verdade
TO_ARI_01	Eu me incomodo facilmente com outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_02	Eu perco a calma frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_03	Eu fico irritado por muito tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_04	Eu estou irritado na maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_05	Eu me irrito frequentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_06	Eu perco a calma facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TO_ARI_07	De modo geral, minha <i>irritabilidade</i> me causa problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO E – Carta de Aprovação CEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120153

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

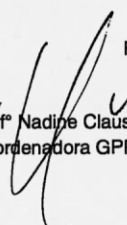
ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
OLGA GARCIA FALCETO
SILVETE MARIA BRANDAO SCHNEIDER
ANA MARGARETH SIQUEIRA BASSOLS
JOAO HENRIQUE GODINHO KOLLING
BIANCA PEIXOTO NASCIMENTO
JESSICA ROSA THIESEN CUNHA
BEATRIZ HOPPEN MAZUI
JOSE OVIDIO C. WALDEMAR
ROBERTA RIGATTI

Título: VIVER MELHOR NA ESCOLA

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 01 de novembro de 2012.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG

ANEXO F - Aprovação da Comissão de Pesquisa de Enfermagem - UFRGS

Projeto N°: 27568 **Título:** ASSOCIACAO ENTRE TEMPERAMENTO E ENVOLVIMENTO COM BULLYING EM ADOLESCENTES

Área de conhecimento: Enfermagem Psiquiátrica **Início:** 15/07/2014 **Previsão de conclusão:** 30/12/2014

Situação: Projeto em Andamento

Não possui projeto pai

Não possui subprojetos

Origem: Escola de Enfermagem
Departamento de Assistência e Orientação Profissional **Projeto da linha de pesquisa:** Políticas e Práticas em Enfermagem e Saúde

Equipe UFRGS:

Nome: ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT
Coordenador - Início: 15/07/2014 Previsão de término: 30/12/2014

Nome: BIANCA PEIXOTO NASCIMENTO
Técnico: Assistente de Pesquisa - Início: 15/07/2014 Previsão de término: 30/12/2014

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 30/06/2014

ANEXO G – Termo de compromisso para utilização dos dados



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPERAMENTO E ENVOLVIMENTO COM O BULLYING EM ADOLESCENTES	Cadastro no GPPG
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 12 de Junho de 2014.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Bianca Peixoto Nascimento	
Elizeth Heldt	