

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E BULLYING EM ADOLESCENTES

Lurdes Bernardete Ferreira Cardoso^{1,2,☒}, Luís Carlos Carvalho Graça³, & Maria Isabel Soares Parente Lajoso Amorim³

¹Clinica Médica da Marginal, Vila do Conde; ²Instituto de Emprego e Formação Profissional do Porto e Viana do Castelo, ³Instituto Politécnico de Viana do Castelo – Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo

RESUMO: Na sociedade contemporânea banaliza-se a violência e os jovens tendem a confundir brincadeiras e indisciplina (Grossi & Santos, 2009), tornando o bullying um fenómeno comum, com importantes implicações na qualidade de vida e na saúde mental das crianças e jovens contra os quais é perpetrado.

Com este estudo pretendeu-se analisar factores associados ao bullying em adolescentes do 3º ciclo do ensino básico em agrupamento de escolas da zona Norte de Portugal.

Sendo uma amostra de 363 adolescentes, estratificada por ano de escolaridade.

Preencheram individualmente o questionário dividido em quatro secções: caracterização; SOC (Sentido Interno de Coerência) versão reduzida (Antonovsky, 1987, versão Nunes, 1999); KIDSCREEN 52 (Rvens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; versão de Gaspar & Matos, 2008) e Bullying – escala sobre agressores numa continuidade da décima dimensão do Kidscreen (Bullying- escala da vítima),

A prevalência de agressores foi de 56,7% e de vítimas 61,7%. A prevalência de vítimas major foi de 12,4%, enquanto de agressores major foi de 4,1%.

Predominam agressores com idades entre os 13 e 15 anos idade, que frequentam escolaridade mais elevada, percepcionando menor qualidade de vida.

Verificou-se associação entre vítimas e agressores. As vítimas apresentaram menor sentido de coerência, menor percepção de qualidade de vida e são portadores de doença crónica.

O desenvolvimento de competências pessoais e sociais é uma área de investimento prioritário com vista a melhorar a Saúde Mental e Qualidade de Vida

Palavras-Chave- Bullying, Qualidade de Vida, Sentido de Coerência.

SENSE OF COHERENCE, QUALITY OF LIFE AND BULLYING IN ADOLESCENTS

ABSTRACT: In contemporary society, the concept of violence gets trivialized, where young people tend to confuse jokes and indiscipline (Grossi & Santos, 2009), making

☒ Travessa da Covinha, 80, S. Pedro de Rates, 4570-426 Póvoa de Varzim. Telef.: 917375059/965165442. E-mail: lurdesbernardetecardoso@gmail.com

bullying a social phenomenon with important implications in the quality of live and mental health of children and adolescents against whom it is perpetrated.

Within this study its intended to analyze the factors associated with bullying in adolescents that attend the 3rd cycle of basic education at schools in the north of Portugal.

A sample of 363 adolescents stratify by grade. They individually carried out a survey that was divided into four sections: characterization, SOC (Sense of Coherence) reduce version (Antonovsky, 1987, version Nunes,1999); KIDSCREEN 52 (Rvens-Sieberer & European Kidscreen Group, 2001; version de Gaspar & Matos, 2008) and a Bullying questionnaire – a scale of the bullies in continuity with the 10th dimension of the Kidscreen (Bullying- scale of the victim),

The offenders prevalence was 56,7% and the victims was 61,7%. The victims major prevalence was 12,4% while the offenders major was 4,1%.

The predominating offenders age is between 13 and 15 years old, that attend the highest school grade, a lower perceived quality of life.

It was verified an association between victims and ofenders. The victims present a lower sense of coherence, quality of life and are carriers of a chronical disease.

The development of personal and social skills its an area for priority investment with the purpose to improve the mental health and quality of life

Keyword- Bullying, Quality of Life, Sense of Coherence.

Recebido em 04 de Julho de 2014/ Aceite em 30 de Setembro 2015

A Promoção da Saúde tem a particularidade de visar capacitar os indivíduos, tornando-os capazes de tomarem decisões, de serem responsáveis e de preservarem a própria saúde, tornando-se, por isso, necessário investir em determinantes modificáveis, nomeadamente em determinantes sociais. A sociedade, ao focalizar-se nos determinantes da saúde, investe no próprio valor intrínseco e extrínseco da população, com o propósito de que as pessoas façam escolhas conscientes e saudáveis.

Perante a adversidade os indivíduos têm em resolver os conflitos no seu quotidiano, utilizando estratégias facilitadoras de resolução e gestão de problemas. Essas permitem que o adolescente resiliente identifique os recursos, internos ou externos, apropriados a utilizar nas situações adversas, estimulando o Sentido Interno de Coerência, através de uma observação coerente, previsível e através da qualidade das experiencias vivenciadas, promovendo assim a Saúde Mental (Ferreira, 2007).

Nunes (1999), refere que os alunos com um SOC elevado revelaram-se menos afectados a nível comportamental/ emotivo/ psicológico e psicossomático pelos efeitos dos stressores aos quais estavam submetidos no quotidiano. Erikson & Lindström, (2008) e Simonsson, Nilsson, Leppert & Diwan, (2008) referem que o individuo com um Sentido de Coerência elevado experimenta períodos mais curtos de tensões e experiencias negativas no quotidiano atribuindo-lhe uma boa saúde mental. Esta, segundo Jacobson, Churchill, Donovan, Garralda, & Fay. (2002) tende a ficar afetada na presença de comportamentos de bullying. Por outro lado, Antonovsky (Horsburgh, 2000) defende que o Sentido Interno de Coerência tende a tornar-se mais estável com a idade adulta.

De acordo com Flensburg-Madsen, Ventegodt & Merrick (2006) o Sentido de Coerência elevado relaciona-se com boa saúde física e boa saúde mental. Drageset, Nygaard, Eide, Bondevik, Nortvedt, & Natvig (2008) acrescentam que ao aumentar os recursos internos e externos face a condições adversas se promove uma melhoria da Qualidade de Vida no individuo.

De acordo com o mencionado, também a Qualidade de Vida do adolescente implica motivação e qualidades positivas, sendo necessária a descrição do próprio individuo sobre o que sente pela

própria vida, focalizando múltiplas dimensões e contextos, como a relação com os pais, a família, os pares, a comunidade, sobre eles próprios e sobre as questões económicas (Gaspar, Matos, Ribeiro, & Leal, 2006).

Contudo, a Qualidade de Vida pode ficar comprometida com a presença de comportamentos disruptivos, entre estes, o bullying que, enquanto fenómeno social, obteve grande destaque nas últimas décadas.

Assim, se se associar os comportamentos disruptos (bullying) e Qualidade de Vida do adolescente, percebe-se que estudos demonstram o carácter negativo do bullying quando relacionado como o foro social. Quanto Maior a prevalência de situações de bullying em meio escolar, menor será a Qualidade de Vida dos adolescentes (Coutinho, Maciel & Araújo, 2009; Frisén & Bjarnelind, 2009; Matos & Gonçalves, 2009; Wilkins-Shurmer, O'Callaghan, Najman, Bor, Williams & Anderson, 2003).

Na sociedade contemporânea observa-se a banalização do conceito violência, em que os jovens tendem a confundir brincadeiras e indisciplina (Grossi & Santos, 2009). O termo violência em contexto escolar adotou a denominação bullying. Este conceito surgiu nos anos 80 na Suécia e estendeu-se rapidamente a outros países escandinavos. Dan Olweus descreveu o conceito, e diversos países desenvolveram estudos sobre o assunto e implementaram planos de intervenção e legislação (Santos, Mendonça & Leitão, 2010).

Considera-se portanto, que o bullying compreende todas as atitudes que podem ser adotadas por um ou mais estudantes contra outro(s), com a intenção de provocar dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação díspar de poder, provocado por diversas situações, nomeadamente pela diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do Maior apoio dos demais estudantes (Carvalhosa, Moleiro & Sales, 2009; Fonseca & Veiga, 2007; Freitas, 2004; Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2010; Lourenço, Pereira, Paiva & Gebara, 2009; Martinho & Quaresma, 2010; Matos & Gonçalves, 2009; Mendes, 2010; Santos, et al., 2010; Olweus, 1994); Pereira & Pinto, 1999; Pereira, Silva & Nunes, 2009; Simões & Carvalho, 2009).

Em meio escolar, quando se detectam comportamentos de bullying, é necessário compreender que há envolvidos os agressores, as vítimas e as testemunhas, sendo estas últimas, o grupo mais numeroso, mas habitualmente passivo, e que acabam por se transformar em agressores por recearem tornarem-se vítimas (Bittencourt, Castro, Alves, Palazzo, Monteiro, Vieira & Fredo, 2009; Freitas, 2004; Pereira & Pinto, 1999); IAC, 2010; Martinho & Quaresma, 2010; Santos, et al., 2010; Simões & Carvalho, 2009).

A este propósito, o estudo desenvolvido por Carvalhosa, Lima, & Matos (2001) conclui que cerca de 21% dos jovens foram vitimizados, 10% provocaram os outros e 26% envolveram-se duplamente. Os rapazes mais novos e os que frequentam anos de escolaridade mais baixos estão mais envolvidos no bullying. Mendes (2010), num estudo com 307 alunos, conclui que 50% eram vítimas, 30% eram agressores e 90% eram testemunhas.

Forero, McLellan, Rissel & Bauman, (1999) referem uma prevalência Maior de agressores (23,7%), o que também é defendido por Moura, Cruz & Quevedo, (2011) que apresentam uma prevalência de 17,1%. Esta prevalência de agressores tende a manifestar-se com o aumento da idade, a partir dos 11 anos (Carvalhosa et al., 2009). Segundo Pereira & Pinto, (1999), a prevalência de vitimização é observada em cerca de 1/3 das crianças, sendo Maior nos rapazes.

Por sua vez Lourenço, et al., (2009), referem uma prevalência mais elevada de vítimas (36,4%).

Wilkins-Shurmer, et al., (2003) demonstraram que ser vitimizado de uma forma contínua diminui a Qualidade de Vida e altera o bem estar psicológico do adolescente, o que acaba por afetar a sua saúde mental e por limitar os seus relacionamentos interpessoais e familiares.

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E BULLYING

Da prática de bullying, podem surgir consequências ao nível da saúde mental e da Qualidade de Vida do adolescente que, para que não se verifiquem, é primordial desenvolver programas com uma abordagem educacional mais alargada que potencie competências de resolução de problemas, de boa comunicação, de empatia, de emoções, e de bons relacionamentos interpessoais.

Conforme o descrito, a saúde mental pode manter-se desde que o adolescente desenvolva uma performance educacional com experiências positivas e com boas relações interpessoais, e reduzidos comportamentos disruptivos do próprio ou dos pares.

Neste âmbito, também a percepção de Qualidade de Vida nos adolescentes se torna importante para perceber de que forma encaram a própria saúde, para se desenvolverem competências pessoais e sociais que colmatem os factores de risco existentes no seu quotidiano.

Por conseguinte, com o presente estudo, pretendeu-se analisar factores associados ao bullying em adolescentes que frequentam 3º ciclo de escolaridade do ensino básico em agrupamento de escolas da zona Norte de Portugal.

MÉTODO

Em conformidade com o objetivo, optou-se por um estudo descritivo-correlacional com o intuito de explorar e determinar as relações entre as variáveis.

Participantes

A amostra foi de 363 adolescentes, a frequentar o 3º ciclo do ensino básico de um agrupamento de escolas da região norte de Portugal, tendo sido estratificada por ano de escolaridade e turma. Os adolescentes têm idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos de idade, predominam os de sexo masculino (51,0%), de nacionalidade portuguesa (95,3%) e da religião católica (89,8%), encontrando-se 32,3% a frequentar os 7º ano, 36,6% a frequentar o 8º ano e 30,6% a frequentar o 9º ano de escolaridade. O insucesso escolar está presente em 19% dos adolescentes e a doença crónica em 11,9%. Quanto à nacionalidade dos pais, constatou-se que 7,2 % são de outra nacionalidade que não a portuguesa, havendo Maior prevalência de famílias nucleares (64,7%) e de pais casados ou em união de facto (86,5%).

Material

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário pelas características da amostra e por se pretender uma amostra de grande dimensão. Procedeu-se à elaboração de um instrumento final que incluiu quatro secções: caracterização sociodemográfica; Sentido de Coerência versão reduzida de Antonovsky (1987), na versão portuguesa de Nunes (1999); KIDSCREEN 52 de Rvens-Sieberer & European Kidscreen Group (2001), na versão portuguesa de Gaspar & Matos (2008). Para o Bullying vítima considerou-se a dimensão provocação do Kidscreen e para caracterizar o bullying vítima agressor construíram-se cinco questões.

Tabela 1. Estatística descritiva de QVRS - Kidscreen

DIMENSÕES	N	Min.	– Média (dp)	Mediana
		Máx.		
Saúde e Atividade Física	358	20-100	68,70 (18,5)	70,0

Sentimentos	362	20,8-100	75,6 (17,6)	79,1
Humor Geral	359	3,57 – 100	71,9 (19,6)	75
Sobre ti Próprio	358	0 – 100	65,1 (19,7)	65
Tempo Livre e autonomia	361	5 – 100	71,2 (21,2)	75
Família, Ambiente Familiar e vizinhança	362	0-100	77,1 (20,5)	83,3
Questões Económicas	363	0 – 100	77,8 (24,3)	83,3
Amigos (as)	362	0 – 100	76,1 (18,1)	79,1
Ambiente Escolar e Aprendizagem	361	0 – 100	60,4 (18,2)	62,5

*Resultados transformados em números índice

A escala de avaliação do sentido de Coerência, tem por base o modelo Salutogénico que foi desenvolvido por Antonovsky (1987). É composto por três dimensões: capacidade de compreensão (capacidade de enfrentar vários estímulos estruturados, prediríveis e explicáveis), capacidade de investimento (quando as exigências merecem investimento e empenho por parte do individuo) e capacidade de gestão (recursos pessoais que satisfaçam as exigências colocadas por esses estímulos). É um instrumento fechado e sistematizado que compreende 29 itens com questões que avaliam a orientação do indivíduo perante as várias contendas que surgem no seu quotidiano, (Dantas, 2007; Nunes, 1999).

Optou-se pela versão simplificada do instrumento, com 13 itens, sendo que cinco estão relacionados com a capacidade de Compreensão (itens 1, 5, 12, 19 e 21), quatro com a capacidade de Gestão (itens 6, 9, 25 e 29) e quatro relativas à capacidade de Investimento (itens 4, 8, 16 e 28), (Nunes, 2008; Dantas, 2007).

As questões encontram-se organizadas numa escala ordinal de sete pontos num diferencial semântico e por adição a valores Maiores corresponde Maior Sentido de Coerência.

A escala apresenta razoável consistência interna (alfa de Cronbach 0,72) ligeiramente mais baixo quando comparado com os valores da revisão de literatura realizada por Horsburgh (2000) que variavam entre 0,76 e 0,87.

Para a avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde utilizou-se o Kidscreen 52 relativo à perspetiva dos adolescentes. A escala é constituída por 52 questões distribuída em 10 dimensões: “Saúde e Atividade Física” (5 itens); “Sentimentos” (6 itens); “Estado de Humor Geral” (7 itens); “Auto-perceção sobre si próprio” (5 itens); “Tempo Livre” (5 itens); “Família e Ambiente Familiar” (6 itens); “Questões Económicas” (3 itens); “Amigos” (6 itens); “Ambiente escolar e Aprendizagem” (6 itens); “Provocação” – Bullying (3 itens), (Gaspar & Matos, 2008).

As questões foram operacionalizadas numa escala ordinal do tipo likert com 5 itens. No sentido de homogeneizar os resultados, invertem-se todos os itens das dimensões “Estado de Humor Geral” e “Provocação” para que, a valores Maiores correspondesse melhor percepção de Qualidade de Vida.

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E BULLYING

O instrumento tem boa consistência interna (alfa de Cronbach – 0,91), variando nas dimensões entre 0,6 para a dimensão sobre si próprio a 0,88 para a dimensão questões económicas.

Os scores foram obtidos por adição, em que a valores mais elevados corresponde uma percepção mais positiva de QV. No sentido de homogeneizar os resultados procedeu-se à transformação de base 100.

O último bloco de questões refere-se ao bullying (agressor), composto por cinco questões operacionalizadas numa escala ordinal de 5 itens em a valores menores corresponde menor prática bullying. As questões foram construídas com base na revisão da literatura. Também neste caso se observou boa consistência interna (alfa de Cronbach - 0,86).

Para o estudo da prevalência do bullying dicotomizou-se a variável considerando-se como vítimas ou agressores os que referiram de raramente a sempre e não-vítimas ou não-agressores os que referiram nunca.

No que se refere ao bullying major considerando-se agressores ou vitimas major os que referiram frequentemente ou sempre.

Procedimentos

Os sujeitos do estudo aceitaram voluntariamente participar, tendo o preenchimento uma duração de 15 a 20 minutos.

Foram garantidos os procedimentos éticos adequados ao estudo, nomeadamente o pedido de autorização aos encarregados de educação, anonimato e confidencialidade.

Os dados foram colhidos durante Janeiro e Fevereiro de 2013, de forma presencial com a investigadora e o respectivo director de turma. O nível de significância admitido foi de 5% e para a análise estatística dos resultados utilizou-se o programa de estatística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows.

RESULTADOS

A percepção de QV pelos adolescentes (Tabela 1) é mais elevada nas dimensões correspondentes às dimensões “Questões Económicas”, “Ambiente Familiar” e “Amigos” variando entre 0 e 100, com média de $77,8 \pm 24,3$; $77,1 \pm 20,5$; $76,1 \pm 18,1$ respetivamente.

No pólo oposto a menor percepção de QV observa-se nas dimensões “Ambiente Escolar e Aprendizagem” e “Sobre Ti Próprio”, com valores entre 0 e 100, e a média de $60,4 \pm 18,2$ e $65,1 \pm 19,7$, respetivamente. Nas restantes dimensões observam-se valores intermédios.

Relativamente ao Sentido de Coerência os valores variavam entre 22 e 85, com média de $56,7 \pm 10,47$.

No que se refere à prevalência do bullying verificou-se que 61,6% dos adolescentes consideraram ter sido vítimas ao referirem que pelo menos numa das situações enunciadas já terem sentido medo de colegas, terem sido gozados ou provocados.

No que se refere ao bullying agressor 56,7% dos adolescentes referiram que já fizeram mal, gozaram, bateram e tiraram objetos intencionalmente.

Para a avaliação do bullying major consideraram-se as situações em que os adolescentes responderam frequentemente ou sempre. Assim a prevalência de bullying major observou-se em 12,4% dos adolescentes enquanto os agressores major representam 4,1%.

Observa-se associação estatisticamente significativa, entre vítimas e agressores, quer para o bullying ($\chi^2 13,286$; 1; $p=0,000$), quer para o bullying major ($\chi^2 10,926$; 1; $p=0,001$) com Maior prevalência de agressores que também referem ter sido vítimas.

Relativamente a factores sociodemográficos associados ao bullying vítima (tabela 2) verifica-se associação estatisticamente significativa para a presença de doença crónica, em que há Maior prevalência de vítimas entre os adolescentes com doença crónica. Situação similar se observa quando consideramos o bullying major.

Tabela 2. Associação entre características sociodemográficas e bullying vítima

	Vítima			Vítima major		
	V.	gl	Sig.	V.	Gl	Sig.
	Teste			Teste		
Sexo	1,662	1	0,197	0,102	1	0,749
Grupo Etário	1,645	1	0,200	2,747	1	0,097
Doença Crónica	7,599	1	0,006	5,606	1	0,018
Religião	0,435	1	0,510	1,535	3	0,674
Nacionalidade	0,566	1	0,452	2,532	1	0,112
Nacionalidade do pai	0,179	1	0,672	0,022	1	0,882
Nacionalidade da mãe	1,594	1	0,207	0,224	1	0,636
Estado civil dos pais	1,299	1	0,254	0,128	1	0,720
Estrutura Familiar	1,006	1	0,316	2,572	1	0,109
Apoio dos pais nos fracassos	0,005	1	0,945	3,664	1	0,056
Ano de escolaridade	4,679	2	0,096	0,858	1	0,354
Reprovar de ano	2,285	1	0,131	0,965	1	0,326

Teste de independência de qui-quadrado

No que se refere ao bullying agressor (tabela 3) verifica-se associações estatisticamente significativas para o grupo etário, com Maior proporção de agressores entre os adolescentes do grupo etário dos 13 aos 15 anos, comparativamente com os adolescentes com 11 a 13 anos; para a nacionalidade do adolescente, para a nacionalidade do pai, com Maior prevalência de agressores entre os adolescentes filhos de pai não português; e para o ano de escolaridade, em que há Maior prevalência de agressores entre os adolescentes do 9º ano e menor entre os do 7º ano.

Tabela 3. Associação entre características sociodemográficas bullying agressor

SENTIDO INTERNO DE COERÊNCIA, QUALIDADE DE VIDA E BULLYING

	Agressor			Agressor major		
	V. Teste	gl	Sig.	V. Teste	Gl	Sig.
Sexo	0,401	1	0,527	1,544	1	0,214
Grupo Etário	11,800	1	0,001	0,723	1	0,395
Doença Crónica	2,323	1	0,128	0,032	1	0,859
Religião	0,674	1	0,412	3,652	1	0,302
Nacionalidade	0,031	1	0,860	8,223	1	0,004
Nacionalidade do pai	4,697	1	0,030	3,857	1	0,050
Nacionalidade da mãe	0,010	1	0,920	8,951	1	0,003
Estado civil dos pais	0,139	1	0,709	0,673	1	0,412
Estrutura Familiar	0,384	1	0,535	2,084	1	0,149
Apoio dos pais nos fracassos	1,103	1	0,294	0,219	1	0,640
Ano de escolaridade	16,609	2	0,000	3,816	1	0,051
Reprovar de ano	1,077	1	0,299	0,010	1	0,920

Teste de independência de qui-quadrado

Relativamente ao agressor major as associações estatisticamente significativas observam-se para a nacionalidade do adolescente, nacionalidade do pai e nacionalidade da mãe, com Maior prevalência de agressor entre os de nacionalidade estrangeira quando comparados com os de nacionalidade portuguesa.

O ano de escolaridade é uma situação borderline, com comportamento idêntico ao observado no bullying vítima.

Para a análise da associação do Bullying e a Qualidade de Vida e do Bullying e o Sentido de Coerência recorreu-se à Correlação de Pearson (tabela 4).

Tabela 4. Associação entre Bullying e QV e Bullying e SOC

		Vítima	Agressor
		r	r
SOC	SOC	- 0,308**	-0,176**
QV	Saúde e Atividade Física	- 0,168**	0,038

Sentimentos	- 0,290**	- 0,106*
Estado de Humor – geral	- 0,403**	- 0,144**
Sobre si próprio	- 0,375**	- 0,134*
Tempo Livre/ Autonomia	- 0,180**	- 0,014
Família e Ambiente Familiar	- 0,183**	- 0,146**
Questões Económicas	- 0,311**	- 0,134*
Amigos (as)	- 0,365**	- 0,090
Ambiente Escolar e Aprendizagem	- 0,191**	- 0,292**

*Sig = 0.05

**Sig = 0,01

Todas as correlações são negativas em que a scores mais elevados de bullying está associada pior percepção de qualidade de vida ou de Sentido de Coerência

No que se refere ao bullying vítima observam-se correlações estatisticamente significativas e negativas em todas as dimensões da qualidade de vida, variando de muito fraca para a “Saúde e Atividade Física”, “Tempo livre/ Autonomia”, “Família e Ambiente Familiar” e “Ambiente Escolar e Aprendizagem” ($r > 0,168 < 0,191$), a moderada para o “Estado de Humor Geral” ($r = - 0,403$), sendo as restantes correlações fracas. Também com o Sentido de Coerência a correlação é significativa e moderada ($r = -0,308$)

A associação entre o bullying agressor e as dimensões da qualidade de vida é estatisticamente significativa para todas as dimensões à excepção de “Saúde e Atividade Física”, “Tempo livre/ autonomia” e “Amigos”.

A correlação mais elevada observa-se na dimensão do ambiente escolar e aprendizagem ($R = -0,292$). Também com o sentido de Coerência se observa uma correlação significativa e baixa.

Comparando os coeficientes das correlações entre a vítima e o agressor, constata-se que nos primeiros são quase o dobro dos segundos, à excepção do Ambiente escolar e Aprendizagem que é mais elevado no agressor.

DISCUSSÃO

Com o estudo pretendeu-se analisar factores associados ao bullying em adolescentes que frequentam 3º ciclo de escolaridade do ensino básico em agrupamento de escolas da zona Norte de Portugal, nomeadamente características sociodemográficas, sentido de coerência e percepção de qualidade de vida. A Maioria dos adolescentes sentem que são provocados e provocam com frequência. No entanto observa-se Maior prevalência de vítimas do que de agressores, o que vai de encontro aos estudos Forero, et al., (1999) ou de Moura, et al., (2011).

Relativamente aos agressores 56,7% dos adolescentes referem já terem feito mal, gozado, provocado, batido ou tirado objectos intencionalmente a outros colegas adolescentes. Se considerarmos os que apresentam comportamentos de agressão mais frequentes, e que

denominamos de agressor major, constatou-se uma diminuição substancial, cifrando-se em 4,1%. Isto pode decorrer do facto de só uma minoria ter comportamentos de agressividade constantes, enquanto ter este comportamento esporádico é mais frequente.

Por outro lado a prevalência de vítimas é mais elevada uma vez que 61,7% dos adolescentes auto-percepcionam-se como vítimas, por já terem sentido medo, sido gozados ou provocados pelos colegas. Estas taxas são idênticas às de outros autores, que também mencionam uma prevalência Maior de vítimas em relação aos agressores, (Martinho & Quaresma, 2010; Lourenço, et al., 2009; Seixas, 2005; Carvalhosa, et al., 2001; Pereira & Pinto, 1999).

Sobre a prevalência do bullying major, observa-se uma prevalência Maior de vítimas (12,4%), quando comparada com a de agressores.

Neste estudo, a associação entre os adolescentes vitimizados e agressores permitiu constatar que há um elevado número de vítimas que são, por sua vez, também agressores, valor este, próximo do encontrado por Moura, et al., (2011) e por Carvalhosa, et al., (2001) que relatam, que entre as vítimas também há agressores. Schwartz, et al., e Brandy (mencionados por Meque, 2011) referem que este género de resultados normalmente surge pela elevada vitimização que sofrem e como não conseguem verbalizar ou não é reconhecido socialmente este sofrimento optam por agredir, exteriorizando todas as provocações sofridas noutros jovens. Ao adolescente duplamente envolvido, pode associar-se um Maior factor de risco para a saúde mental e para a qualidade de vida, como expõe Leonardo (2007).

Também relativamente ao bullying major se observou associação entre os adolescentes vitimizados e os agressores major.

No que se refere aos fatores associados ao bullying agressor, observam-se no “Grupo etário”, “Nacionalidade do pai” e “Escolaridade”.

Na associação entre o “Grupo etário” e o agressor, reconhece-se que há mais agressores nas idades entre os 13 e os 15 anos de idade, o que coincide com os estudos de Meque (2011) ou de Pereira & Pinto (1999), que mencionam que os alunos mais velhos são mais frequentemente identificados como agressores, considerando Carvalhosa, et al., (2001), que os alunos mais novos são mais vitimizados, atribuindo a estes uma Maior fragilidade a nível social. Esta prevalência de agressividade em idades superiores, pode ser justificada com a falta de autocontrolo de sentimentos negativos que os adolescentes possuem nestas faixas etárias (Georgiou & Stavrinides, 2008). Por outro lado, pode estar relacionada com o sentimento de confusão e por não ter um conceito claro da sua personalidade (Serrate, 2009), apresentando-se falta de competências sociais básicas para estabelecer relações interpessoais positivas (Matos & Sampaio, 2009).

Relativamente a outras variáveis observa-se associação, entre a “Nacionalidade do pai” e o agressor, e a “Nacionalidade da mãe” e agressor major, com uma proporção Maior de adolescentes agressores de outra nacionalidade, contrastando com os adolescentes que têm o pai e mãe de nacionalidade portuguesa. Do mesmo modo, também entre os adolescentes de outra nacionalidade que não portuguesa há Maior prevalência de agressores major. Estes comportamentos agressivos adoptados por estes adolescentes, poderão relacionar-se com atitudes de líder que adoptam quando surgem no novo grupo de pares. Primeiro, o grupo de pares pode considera-los como “novidade” o que os torna líderes e para adquirirem uma posição de relevo tendem a adoptar atitudes e comportamentos mais agressivos.

Carvalhosa, et al., (2001) e Pereira & Pinto (1999) encontraram um predomínio de agressores nos alunos mais velhos, também neste estudo observou-se associação quer com o ano de escolaridade, em que os alunos que frequentavam anos mais avançados (9º ano) desenvolviam mais práticas agressivas que os alunos que frequentam o 7º ano, quer com a idade em que o grupo etário entre os 13 e 15 anos de idade há Maior prevalência de agressores.

A relação negativa entre o Sentido de Coerência e vítima poderá indicar que adolescentes vitimizados terão uma menor capacidade adaptativa, para saber lidar, superar e resistir face a situações adversas de violência que lhe surgem no quotidiano. No que se refere à Qualidade de vida, nas dimensões “Saúde e Actividade Física”, “Sobre si próprio” e “Ambiente escolar e aprendizagem” percebem-se valores menores de percepção de qualidade de vida, manifestando um sentimento de bem estar físico e psicológico, uma imagem corporal, auto-estima razoáveis, com um razoável conforto com a própria aparência e uma capacidade razoável em se relacionarem bem com professores e com o seu grupo de pares.

Ao analisar a associação entre a vítima e a Qualidade Vida, observa-se que há uma associação negativa e moderada com a dimensão “Estado de humor geral”, em que os adolescentes mais vitimizados têm menor percepção de QV na dimensão “Estado de humor geral”, associando-se a sentimentos e emoções depressivas, stressantes e mau humor, sendo a solidão uma característica de isolamento social entre as vítimas pelo que pode afectar a própria personalidade do adolescente

Há no estudo uma associação negativa e baixa entre as dimensões “Sentimentos”, “Sobre si próprio”, “Questões económicas” e “Amigos” e bullying vítima. Aos scores da dimensão “Sobre si próprio” e a vítima, são os mais baixos o que poderá significar baixa auto-estima, insatisfação com a própria, infelicidade e sentimento de desconforto com a sua aparência (Gaspar & Matos, 2008).

Quanto às dimensões “Questões económicas” e “Amigos” observou-se em termos descritivos valores elevados quanto à própria percepção de Qualidade de vida dos adolescentes sentindo-se satisfeitos com os recursos financeiros e a forma como se encontram integrados no grupo de pares. No entanto, também estas dimensões têm uma associação negativa baixa relativamente à vítima, sendo que pode significar que os alunos mais vitimizados apresentem alguma limitação financeira ou experimentem alguma exclusão entre pares.

À associação entre a dimensão entre os “Sentimentos” e a vítima, é negativa e baixa, o que traduz uma possível insatisfação com a vida e falta de prazer por parte do adolescente vitimizado.

Observa-se ainda associação negativa e baixa entre o “Ambiente escolar e aprendizagem” e o agressor, o que pode indicar que os alunos que são agressores normalmente não têm uma boa relação com os professores e pares e possuem um mau desempenho escolar (Gaspar & Matos, 2008).

Todas as restantes dimensões apresentam uma associação negativa mas muito baixa com o agressor.

Em conclusão, através da discussão dos resultados constata-se uma associação negativa entre Sentido Interno de Coerência e o bullying vítima e agressor e entre a Qualidade de Vida e o bullying vítima e agressor, o que indica que quanto Maior o bullying menor o Sentido de coerência e a qualidade de vida.

Face a estes resultados, deve-se fazer a identificação precoce de vítimas e agressores para se desenvolver a partilha de experiências, o desenvolvimentos de competências de resiliência, conhecimentos e atitudes, que os ajudem a compreender o comportamentos e as consequências mantendo uma boa saúde mental.

Os profissionais de saúde e de educação têm sem dúvida um papel importante para ajudar as crianças e adolescentes a promover a Saúde mental e a resiliência positivas. Primeiro porque, acompanham e ajudam à escolha de estilos de vida saudáveis no seu quotidiano (como o exercício, a alimentação, a higiene física, a higiene do sono, sobre álcool, drogas, educação sexual) e segundo, porque na presença de comportamentos considerados de risco detectam precocemente e acompanham imediatamente quando estão perante o comportamento de risco.

Ao explicar, com comunicação adequada, as consequências que podem advir destes comportamentos pode-se desenvolver com o adolescente um clima saudável em meio escolar,

promovendo as boas relações interpessoais entre pais, alunos, professores, profissionais de saúde e comunidade, ajudando a diminuir a prevalência do bullying e por sua vez, evitando problemas que ponham em causa a Saúde mental do adolescente e a sua percepção de Qualidade de Vida.

Deve-se defender uma intervenção precoce na família e noutras estruturas comunitárias, que recebam formação com o objectivo de desenvolverem conhecimentos sobre estratégias de gestão de conflitos e alívio do stresse, assim como outras informações imprescindíveis à implementação de soluções que previnam a violência.

Assim, em síntese, o contributo deste estudo baseia-se no desenvolvimento do conhecimento em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde no âmbito do bullying contribuindo para o desenvolvimento de possíveis estratégias que promovam a saúde mental e a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Bittencourt, A. A., Castro, D. R., Alves, G. G., Palazzo, L., Monteiro, L., Vieira, P. C., Fredo, S. L. (2009). Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência de factores associados. *Revista Saúde Pública*, 236-445.

Carvalhosa, S. F., Lima, L., & Matos, M. G. (2001). Bullying - A provocação/ vitimização entre pares em contexto escolar português. Retirado de: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312001000400004&script=sci_arttext. Retirado a 31 de Janeiro de 2012.

Carvalhosa, S. F., Moleiro, C., & Sales, C. (2009). A situação do bullying nas escolas portuguesas. Retirado de <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/350>. Retirado a 19 de Outubro de 2010.

Coutinho, M. P. L., Maciel, L. M., Araújo, L. S. (2009). Bullying e Qualidade de Vida no contexto de adolescentes escolares. XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Tema central: Psicologia Social e Políticas de Existência: fronteiras e conflitos. 30 Out. a 02 Nov. Maceió.

Dantas, R. A. (2007). *Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Drageset, J., Nygaard, H. A., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., Natvig, G. K. (2008). Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents – a questionnaire study. Retirado de: <http://www.hqlo.com/content/6/1/85>. Retirado a 29 de Março de 2012. Doi: 10.1186/1477-7525-6-85.

Erikson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. Retirado de: <http://heapro.oxfordjournals.org/content/23/2/190.full.pdf+html>. Retirado a 26 de Setembro de 2012. doi: 10.1093/heapro/dan014.

Ferreira, A. M. L., (2007). Sentido Interno de Coerência e Bem-estar Psicológico nos enfermeiros prestadores de cuidados a doentes hemato-oncológicos. Retirado de: <http://www.Psicologia.pt/artigos/textos/A0365.pdf>. Retirado a 14 de Dezembro de 2012.

Fonseca, I., & Veiga, F. H. (2007). Violência escolar e bullying em países europeus. *Revista Galego Portuguesa de Psicologia e Educación*, 107-118.

Forero, R., McLellan, L., Rissel, C., & Bauman, A. (1999). Bullying behavior and Psychosocial health among school students in New South Wales. Retirado

de:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28186/pdf/344.pdf>. Retirado a 01 de Outubro de 2012.

Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2006). Sense of Coherence and Physical Health. Testing Antonovsky's Theory. *TSW Holistic Health & Medicine*, 248-255.

Freitas, L. S. (2004). Bullying: A (in) disciplina agressiva no ambiente escolar - prevenção e análise pedagógica. *Programa de Capacitação Profissional*, s.p.

Frisén, A., Bjarnelind, S. (2009). Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Pædiatrica*. [Http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01664.x/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1651-2227.2009.01664.x/pdf). Retirado a 08 de Outubro de 2012.

Gaspar, T., Matos, M. G., Ribeiro, J. L., & Leal, I. (Jan. Dez. de 2006). Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2.

Gaspar, T. & Matos, M. G. (2008). Qualidade de vida em Crianças e adolescentes Versão portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde.

Georgiou, S. N., & Stavrinides, P. (2008). *School Psychology Internacional*. Obtido de Bullies, Victims and Bully-Victims: Psychosocial Profiles and Attribution: <http://spi.sagepub.com/>. Retirado a 20 de Junho de 2012.

Grossi, P. K. & Santos, A. M. (2009). Desvendando o fenómeno bullying nas escolas públicas de Porto Alegre. *Revista Portuguesa de Educação* (pp. 249-267). Brasil: Universidade do Minho.

Horsburgh, M. E. (2000). Salutogenesis "Origins of Health" and Sense of Coherence. In V. H. Rice, *Handbook of Stress Coping and Health: Implications for nursing Research, theory and practice* (pp. 175-194). Califórnia: Sage Publications.

Instituto de Apoio à Criança. (2010). Infocedi - Sobre Bullying nas escolas definimos. (nº 24). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.

Jacobson L., Churchill, R., Donovan, C., Garralda. E., & Fay, J. (2002). Tackling teenage turmoil: primary care recognition and management of mental ill health during adolescence. *Great Britain*, 401-409. doi: 10.1093/fampra/19.4.401.

Leonardo, J. (2007). Bullying Escolar - Abordagem descritiva de um fenómeno emergente. *Revista da Direcção Geral de Reinscrição Social: Infância e Juventude*, 9-82.

Lourenço, L. M., Pereira, B., Paiva, D. P., Gebara, C. (2009). Gestão educacional e o bullying: um estudo em escolas portuguesas. *Interacções*. 13, 208-228.

Martinho, M. M., & Quaresma, M. H. (2010). O Autoconceito em Bullying em adolescentes do 3º Ciclo. *Do Diagnóstico à Intervenção em Saúde Mental*, 220-229.

Matos, M. G., & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde: Dialogo com uma geração*. Lisboa: Texto.

Matos, M. G., & Gonçalves, S. M. (2009). Bullying nas escolas: comportamentos e percepções. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 3-15.

Mendes, C. S. (2010). Violência na escola: conhecer para intervir. *Revista Referência*, 71-82.

Meque, M. d. (2011). Agressão entre pares (bullying) e vitimização em contexto escolar. (Obtenção de grau de Mestre). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias: Universidade de Psicologia.

Moura, D. R., Cruz, A. C., & Quevedo, L. d. (2011). Prevalence and characteristics of school age bullying victims. *Jornal de Pediatria*, 87 (1), 19-23.

Nunes, L. Â. (1999). O Sentido de Coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

Nunes, L. Â. (2008). O Sentido de Coerência como Conceito Operacionalizador do Paradigma Salutogénico. *IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Olweus, D. (1994). Bullying at School: Basic facts and an effective intervention programme. *Promotion & Education*, 27. Doi: 10.1007/978-1-4757-9116-7_5.

Pereira, B. O., & Pinto, A. P. (Maio-Agosto, 1999). Dinamizar a Escola para Prevenir a Violência entre Pares. 19-33.

Pereira, B., Silva, M. I., & Nunes, B. (2009). Descrever o Bullying na Escola: estudo de um agrupamento de escolas no interior de Portugal. *Revista Diálogo Educacional*, 455-466.

Santos, E., Mendonça, C., Leitão, C. (2010). Bullying e Suicídio: uma revisão. *Psiquiatria Clínica*. pp. 223-228.

Seixas, S. R. (2005). Violência escolar: Metodologias de identificação dos alunos agressores e/ou vítimas. Retirado de: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a03.pdf>. Retirado a 31 de Janeiro de 2012.

Serrate, R. (2009). Lidar com o Bullying. K Editora.

Simões, C., Carvalho, M., (2009). A violência entre pares. In Matos, M. G., Sampaio, D. Jovens com Saúde: Dialogo com uma geração. 104-116; Lisboa: Textos Editores.

Simonsson, B., Nilsson, K. W., Leppert, J., & Diwan, V. K. (Fevereiro, 2008). Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. Retirado de *Biopsychosocial Medicine*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2265297/>. Retirado a 31 de Janeiro de 2012. doi:10.1186/1751-0759-2-4.

Wilkins-Shurmer, A., O'Callaghan, M., Najman, J., Bor, W., Williams, G., & Anderson, M. (2003). Association of bullying with adolescent health related quality of life. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 436-441. Retirado de: http://espace.uq.edu.au/eserv/UQ:8592/musp_wilkins-shu.pdf. Retirado a 31 de Janeiro de 2012. doi: 10.1046/j.1440-1754.2003.00184.x.