



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ALISSON VINICIUS DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES E
INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL NAS PRÁTICAS DO BULLYING
EM ADOLESCENTES**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ALISSON VINICIUS DOS SANTOS

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES E
INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL NAS PRÁTICAS DO BULLYING
EM ADOLESCENTES

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Rosana Christine Cavalcanti
Ximenes

Coorientador: Joanna D'arc de Souza
Cintra

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

ALISSON VINICIUS DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES E
INSATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL NAS PRÁTICAS DO BULLYING
EM ADOLESCENTES**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: 18/10/2017.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. MARIA AMELIA DE SOUZA
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. ADRIANO BENTO DOS SANTOS
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. IGOR TCHAIKOVSKY MELLO DE OLIVEIRA
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivos: Identificar a associação dos riscos para transtornos alimentares (TA) e insatisfação com a imagem corporal na prática do bullying em adolescentes. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior de Pernambuco, com 144 adolescentes, de 14 a 19 anos, estudantes de escola pública. Foram utilizados os instrumentos Eating Attitudes Test - EAT-26; Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE; Body Shape Questionay - BSQ e questionário sobre bullying, em sua versão para adolescente. Para a análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 21.0. **Resultados:** Segundo o EAT-26, não houve uma correlação entre bullying ativo (vítima e ou agressor) com o risco para TA ($p>0,136$) e a insatisfação com a imagem corporal ($p>0,896$). Os adolescentes que tiveram contato com o bullying ativo apresentaram correlação positiva com sintomas de bulimia nervosa (BN) ($p<0,039$) e com a gravidade de sintomas ($p<0,006$), de acordo com escala BITE. **Conclusão:** Podemos concluir que não houve uma correlação positiva entre a ocorrência de bullying e insatisfação com a imagem corporal, já em relação a sintomas de BN, houve uma correlação positiva. Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que reduza o bullying nas escolas e contribua para prevenção dos TA.

Palavras-chave: Adolescentes. Bullying. Imagem corporal e transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos

ABSTRACT

Objectives: To identify an association of risks for eating disorders (AT) and dissatisfaction with a body image in the practice of bullying in adolescents. **Methods:** The study was carried out in a city in the interior of Pernambuco, with 144 adolescents, aged 14 to 19 years, public school students. The Food Attitude Test - EAT-26 instruments were used; Bulimic Investigatory Test of Edinburgh - BITE; Body Shape Questionay - BSQ and bullying questionnaire in its teen version. For statistical analysis, and used the statistical package for the social sciences, version 21.0. **Results:** According to EAT-26, there was no correlation between active bullying (victim and aggressor) with risk for AT ($p > 0.136$) and dissatisfaction with body image ($p > 0.96$). Patients who had contact with active bullying presented a positive correlation with bulimia nervosa (BN) symptoms ($p < 0.039$) with the severity of symptoms ($p < 0.006$), according to the BITE scale. **Conclusion:** We can conclude that there was no positive correlation between an occurrence of bullying and dissatisfaction with a body image, already in relation to AIDS, there was a positive correlation. It is necessary to develop strategies that reduce bullying in schools and contribute to the prevention of AT.

Keywords: Adolescents. Harassment. Corporate image and eating and eating disorders.

SUMÁRIO

ARTIGO	6
INTRODUÇÃO	226
MATERIAIS E MÉTODO.....	28
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA.....	3737
ANEXO B - TABELAS	4040

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

Titulo Completo: Avaliação do risco para transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal nas práticas do bullying em adolescentes.

Autores: Alisson Vinicius dos Santos¹, Joanna D'arc de Souza Cintra², Gabriela Avelino da Silva³, Vanigleidson Silva do Nascimento¹, José Willquisson Anastácio de França⁴, Tiago Coimbra Costa Pinto⁵ e Rosana Christine Cavalcanti Ximenes⁶.

1. Graduando em Enfermagem, Centro Acadêmico de Vitória, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil
2. Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil
3. Nutricionista; Residente em Nutrição Clínica, Recife, PE, Brasil
4. Graduando em Administração, Faculdade Osman Lins (FACOL), Vitória de Santo Antão, PE, Brasil
5. Doutorando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil
6. Professora adjunta da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE, Brasil

Correspondência:
Rosana Christine Cavalcanti Ximenes

(81) 99999-4033
E-mail: rosanaximenes1@gmail.com

Endereço Benjamim Constant, 204/21

Torre Recife Pernambuco

CEP 50710150, Recife, PE, Brasil

RESUMO

Objetivos: Identificar a associação dos riscos para transtornos alimentares (TA) e insatisfação com a imagem corporal na prática do bullying em adolescentes. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido em uma cidade do interior de Pernambuco, com 144 adolescentes, de 14 a 19 anos, estudantes de escola pública. Foram utilizados os instrumentos Eating Attitudes Test - EAT-26; Bulimic Investigatory Test of Edinburgh – BITE; Body Shape Questionay - BSQ e questionário sobre bullying, em sua versão para adolescente. Para a análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences, versão 21.0. **Resultados:** Segundo o EAT-26, não houve uma correlação entre bullying ativo (vítima e ou agressor) com o risco para TA ($p>0,136$) e a insatisfação com a imagem corporal ($p>0,896$). Os adolescentes que tiveram contato com o bullying ativo apresentaram correlação positiva com sintomas de bulimia nervosa (BN) ($p<0,039$) e com a gravidade de sintomas ($p<0,006$), de acordo com escala BITE. **Conclusão:** Podemos concluir que não houve uma correlação positiva entre a ocorrência de bullying e insatisfação com a imagem corporal, já em relação a sintomas de BN, houve uma correlação positiva. Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que reduza o bullying nas escolas e contribua para prevenção dos TA.

Palavras-chave: Adolescentes; Bullying; Imagem corporal e transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos

Introdução

A violência escolar pode ser observada através de práticas como o bullying, o que pode gerar problemas no desenvolvimento do indivíduo, bem como na família, escola e comunidade. O bullying é considerado um fenômeno que vem tomando grandes proporções, tanto no ambiente escolar, quanto no social^{1,2}. Dessa maneira, é um tipo de violência entre iguais, já considerado como um problema de saúde pública³.

No Brasil, cerca de 28% das crianças brasileiras já sofreram com bullying nas escolas e 15% sofrem com agressões semanalmente⁴. A prevalência de bullying entre os escolares de 13 a 16 anos encontrada pela pesquisa nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2012, foi de 7,2%⁵. Já na cidade do Recife foi visto que a prevalência da vitimização e práticas do bullying foram de 30,36% sofreram e 23,66% praticaram⁶.

Comportamentos agressivos, intencionais, repetitivos com ou sem motivos aparentes contra uma vítima são características do bullying^{1, 7-9}. Esses comportamentos ocorrem por meio de agressões físicas, verbais, virtuais, sexuais e psicológicas^{2,10,11}. Os envolvidos no bullying podem ser classificados como vítimas, agressores, testemunhas e vítima/agressor^{2,11}.

As vítimas apresentam um comportamento social inibido, submisso, onde costumam se sentir envergonhadas, com medo, vulneráveis, com baixa autoestima, dessa forma aumentando a probabilidade da vitimização continuar⁶. Este é, normalmente, uma criança ou adolescente que vê sua agressividade como uma qualidade e que gera prazer^{2,8,10}. Alunos que presenciam e, normalmente, não se envolvem com os atos do bullying por medo de se tornar próxima vítima são classificados como testemunhas^{1,7}. Há certas crianças e adolescentes que buscam esconder suas limitações por meio de agressões. Estes, por sua

vez, se exibem como vítima/agressor, por apresentarem comportamentos agressivos e de vitimização ⁸.

Sofrer bullying pode ser um fator predisponente para o surgimento de sinais e sintomas clínicos de cefaleia, vômitos, alteração no sono, isolamento social, ansiedade, depressão, suicídio, anorexia e bulimia ¹⁰⁻¹³. Casos de transtornos alimentares (TA), como a anorexia e bulimia, são mais comumente observados nas vítimas do bullying, especialmente quando se apresentam acima do peso ¹⁴.

Há evidências de que adolescentes são mais susceptíveis para o desenvolvimento de TA, pois, é na fase da adolescência que ocorre às mudanças morfológicas e psicológicas. Fatores genéticos, biológicos, neurológicos de personalidade, socioculturais e principalmente a insatisfação com a imagem corporal, podem contribuir para o TA ^{15,17, 18}.

Estudo realizado no Rio grande do Sul com escolares de 11 a 15 anos encontrou prevalência de sintomas para TA de 21,7% ¹⁹. O TA é considerado um distúrbio psicossomático, que afeta o comportamento alimentar do indivíduo, com grandes repercussões físicas, mentais e sociais, com elevada morbidade e mortalidade ^{20, 21}.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, V edição (DSM-V - APA, 2013), pode-se destacar a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) como os principais subtipos de TA ^{22, 23}. A AN é um distúrbio da imagem corporal, no qual o indivíduo apresenta uma recusa alimentar, relacionada ao medo em ganhar peso, mesmo se encontrando abaixo do peso ideal ²⁰. A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, seguida de sentimentos de culpa, de modo que para evitar o ganho de peso realizam práticas compensatórias inadequadas como jejuns prolongados, práticas de vômitos e uso de medicamentos (laxantes e diuréticos) ²²⁻²⁴.

Os adolescentes e jovens adultos são descritos na literatura como sendo os grupos mais insatisfeitos. A supervalorização do corpo magro e perfeito, imposto pelos padrões sociais nessa população acaba gerando uma maior insatisfação com a imagem corporal por não conseguir alcançar o corpo ideal. Desse modo, contribuindo para o desenvolvimento de TA^{18, 23, 25, 26}. A imagem corporal é mencionada como uma percepção e experiência sobre o corpo, no qual os aspectos das experiências não são fixos, mas sofrem influência social²⁵. A percepção que uma pessoa tem do seu próprio corpo e os pensamentos e sentimentos percebidos por eles são definidos como sendo a imagem corporal^{18, 23}.

A literatura é incipiente de dados a respeito da associação entre bullying e imagem corporal e risco para transtornos alimentares. Diante destes fatos, o presente estudo tem por objetivo identificar a associação dos riscos para transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal na prática do bullying em adolescentes.

Metodologia

Trata-se de uma análise epidemiológica de corte transversal realizada na cidade de Vitória de Santo Antão – PE – Brasil. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudantes devidamente matriculados em escolas públicas estaduais, de ambos os sexos, com idade entre 14 a 19 anos. Foram excluídos os alunos que já participaram de alguma pesquisa prévia relacionada ao objetivo deste estudo ou que apresentavam dificuldade na compreensão dos instrumentos por algum tipo de limitação.

Esse é um estudo piloto, que utilizou uma amostra não probabilística do tipo intencional do estudo “Uso de internet e versões digitais para rastreamento do bullying e insatisfação com a imagem corporal através da aplicação das escalas EAT-26, BITE, BSQ e

bullying em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares”. A seleção da escola foi feita por conveniência, de maneira que o tamanho total da população é de 758 alunos. Para a seleção dos participantes foi disponibilizada pela direção das escolas uma ata com os nomes, turmas e turnos dos alunos matriculados.

A coleta seguiu a ordem dos alunos da lista. Caso o aluno não se encontrasse presente ou não demonstrasse interesse em participar da pesquisa, era chamado o aluno subsequente. Tendo a devida aceitação verbal e por escrito para participação do estudo, os testes foram aplicados na escola, em uma sala de aula, apenas com a presença do pesquisador e do aluno, durante os intervalos das aulas. Sendo assim, não apresentou perdas nos questionários válidos, totalizando, assim, 144 adolescentes para compor a amostra final.

As informações de cada participante, bem como os dados referentes à categorização do tipo de bullying; insatisfação com a imagem corporal e o risco para TA e variáveis socioeconômicas foram obtidas por meio da utilização de instrumentos específicos: Questionário sobre bullying; Body Shape Questionay (BSQ); Eating Attitudes Test (EAT-26); Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) e o questionário biosociodemográfico, respectivamente, por meio de questionários autoaplicáveis.

O questionário sobre bullying foi desenvolvido pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) ²⁷. É composto por 15 questões de múltipla escolha. Tal instrumento afere se o sujeito já praticou, sofreu ou se foi espectador do bullying. O questionário permite reconhecimento dos tipos e formas, além da identificação dos adolescentes quanto a sua categorização dentro do bullying (Vítima, Agressor, Vítima/Agressor e Testemunha).

O BSQ foi traduzido e validado para a população brasileira ²⁸ e é composto por 34 perguntas autoaplicáveis. Essa escala é utilizada para relacionar a preocupação do indivíduo com o seu peso e sua aparência física, ou seja, avalia a insatisfação com a imagem corporal. O escore final é dado por meio do somatório de todos os itens do instrumento, quanto maior for o escore maior a insatisfação corporal. A classificação dos resultados do BSQ obedece à seguinte pontuação: escores < 80 indicam ausência de insatisfação corporal; entre 80 e 110, insatisfação leve; entre 110 e 140, insatisfação moderada; e ≥ 140 insatisfação corporal grave.

O EAT-26 foi traduzido e validado para o português na versão para adolescentes ²⁹. É utilizado para identificar comportamentos alimentares anormais em população de alto risco, entretanto não fecha diagnóstico para TA. É composto por 26 itens, que são distribuídos em 3 fatores: 1) anorexia - comportamento alimentar restritivo, dietas, jejum e preocupação com a forma física; 2) bulimia - compulsão alimentar, seguida de comportamentos purgativos para perda de peso; 3) autocontrole oral - diz respeito à capacidade do indivíduo em se controlar com relação à comida e incentivo à ingestão alimentar. O escore do EAT-26 é feito através da soma de todos os itens. Escores ≥ 21 são considerados com sintomas ou indicativo de TA.

Neste estudo, foi utilizada a versão adaptada para adolescentes do questionário BITE, validada por Ximenes et al ³⁰. O BITE identifica indivíduos com compulsão alimentar e avalia os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. A escala é composta por 33 questões. Consiste em duas escalas, no qual uma avalia os sintomas e a outra, a gravidade dos sintomas. Na escala de sintomas, um escore final < 10 sugere um comportamento normal; entre 10 e 19 demonstram comportamento padrão alimentar não usual; ≥ 20 indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão

alimentar com grande possibilidade de bulimia. Na escala de gravidade, um escore > 5 é considerado clinicamente significativo e $= 10$ indica elevado grau de gravidade.

Os dados referentes às condições socioeconômicas dos adolescentes foram baseados pelo Critério de Classificação Econômica do Brasil³¹.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Na caracterização da amostra foi efetuada a estatística descritiva, com o uso das distribuições de frequências para as variáveis qualitativas, e uso de média $\pm$ desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas. A realização do teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov evidenciou distribuição não normal das variáveis dependentes quantitativas. Assim, foram utilizados testes não paramétricos para a realização dos testes de hipóteses e para o estabelecimento de correlações entre variáveis. O teste Qui-quadrado foi usado para avaliar presença de associação entre variáveis qualitativas. Para a avaliação de presença de associação variáveis qualitativas com quantitativas foram utilizados o teste Mann Whitney e o teste Kruskal-Wallis com Post Hoc Mann Whitney, a depender do número de grupos das variáveis em questão. A correlação entre variáveis quantitativas foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman. Foi considerado como nível de significância para a rejeição da hipótese nula um valor de $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFPE (nº 1.401.493). Foi obtido o consentimento escrito dos pais de todos os participantes, e o consentimento verbal e escrito de todos os adolescentes.

Resultados

As idades dos adolescentes variaram de 14 a 19 anos, com média de 16,3 anos e desvio padrão de 1,3 anos. Após a análise dos dados, foi observado que 26,4% tinham de 14 a 15 anos de idade; 53,5%, de 16 a 17 anos e 20,1%, 18 a 19 anos. 36,1% dos adolescentes pertenciam ao sexo masculino e 63,9%, ao feminino.

A 92,4% dos pesquisados tinham irmãos. Podemos destacar que a escolaridade dos responsáveis com maior frequência foi de fundamental I completo (28,5%) e médio completo (31,3%). Com base no Critério de classificação econômica Brasil - 2015 (CCEB) destaca-se que 25,7%, 27,8% e 23,6% dos pesquisados se enquadravam em B2, C1 e C2, respectivamente.

A tabela 1 apresenta a análise dos dados presentes na escala EAT-26, onde, (n=34) 23,6% dos pesquisados apresentou comportamentos alimentares inadequados. Conforme a escala de sintomatologia do BITE, observou-se que (n=58) 40,3% dos pesquisados apresentaram alterações nos padrões alimentares. Na escala de gravidade BITE, foi observado que (n=9) 6,3% dos adolescentes foram classificados como “cl clinicamente significativo” e (n=6) 4,2% com “elevado grau de gravidade”. Em relação à escala BSQ, (n=23) 16% dos adolescentes apresentaram algum grau de insatisfação com a imagem corporal.

A análise dos resultados do Questionário sobre Bullying mostra que (n=71) 49,3% dos adolescentes participaram de modo ativo do bullying, como vítima e/ou agressor. Apenas (n=30) 20,8% dos adolescentes não teve contato com o bullying.

A tabela 2 exhibe os tipos de bullying. A agressão verbal foi o tipo de bullying mais sofrido pelas vítimas (n= 43) 29,9%, e o mais praticado pelos agressores (n=35) 24,3%.

Pode-se destacar que um maior percentual dos adolescentes sem amigos foram mais vítimas de bullying do que os adolescentes com amigos, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,002$), conforme pode ser demonstrado na tabela 3.

De acordo com a tabela 4, quando comparados os sexos dos adolescentes em relação à ocorrência de bullying, foi observado que a ocorrência de bullying como agressor foi mais frequente no sexo masculino do que no sexo feminino ($p < 0,05$).

Os adolescentes que participaram de modo ativo do bullying, (vítima e/ou agressor) apresentaram um maior risco para BN, ou seja, houve correlação positiva entre bullying ativo e o BITE-Sintomatologia ($p = 0,039$) e com o BITE-Gravidade ($p = 0,006$). Não houve associação entre bullying ativo e insatisfação com a imagem corporal ($p > 0,896$) e risco para AN ($p > 0,136$) (tabela 5).

Na tabela 6 são apresentados resultados quanto à análise das correlações entre as escalas EAT-26, BITE Sintomatologia, BITE Gravidade e BSQ. Verificou-se correlação positiva entre alteração da imagem corporal e as variáveis EAT-26, BITE sintomatologia e gravidade ($p < 0,05$).

Discussão

A amostra deste estudo foi composta, em sua grande maioria, pelo sexo feminino. O sexo feminino apresenta uma maior prevalência de risco para TA^{30,32,33}. Um dos motivos para essa maior frequência é que no período da adolescência o corpo sofre com várias transformações físicas, mentais e hormonais que estão relacionados com o risco para TA. Além disso, a supervalorização do corpo magro da mulher influencia os adolescentes a

realizarem dietas perigosas e restritivas para alcançar o considerado atributo de beleza feminina³³.

Estudos^{1, 6} trazem a prevalência do bullying ativo (vítimas e/ou agressor) que variam de 8 a 46% para vítimas e 5 a 30% para agressores. Esses achados corroboram com as frequências encontradas no presente estudo. O bullying tornou-se cada vez mais frequente no âmbito escolar e é na fase da adolescência que essas práticas se manifestam, principalmente. A vivência do bullying pode acarretar em várias consequências que podem permear até a vida adulta. Dentre elas, a insegurança, o alto nível de medo, a ansiedade, a irritabilidade e o sentimento de vingança^{5, 34, 35}.

Quanto à idade e à ocorrência de bullying, foi visto que não houve correlação significativa entre essas variáveis. No entanto, estudo como o de Malta⁵ mostrou que quanto menor for à idade, maior a frequência de bullying. Isso se justifica pelo fato de que, com o passar da idade, os adolescentes mais novos acabam se tornando as vítimas dos adolescentes mais velhos, sendo estes os agressores³⁶.

No presente estudo houve uma correlação significativa entre os agressores do bullying como sendo do sexo masculino. Os meninos são geralmente classificados como agressores ou vítima/agressor com uma frequência maior do que as meninas, com se pode se observar na literatura^{8,36}. Desse modo, uma possível explicação para tal diferença entre os sexos é que os meninos se encontram em uma fase que expressa comportamentos mais competitivos em busca de status e prestígio entre eles, de maneira que assumam atitudes de maior risco. Também pode estar relacionada a uma maior prevalência de transtornos mentais como os de conduta entre os indivíduos do sexo masculino³⁶. Vale salientar que ambos os sexos demonstram comportamentos agressivos, sendo que os meninos tem sua

agressividade mais externalizada por meio de agressões físicas; já as meninas, por agressões verbais de forma mais sutil (humilhações e intimidação) ⁶.

Um estudo de Zequinão e colaboradores ³⁵, trás a agressão verbal como sendo a mais sofrida e praticada pelos os adolescentes, de modo que corrobora com os achados do nosso estudo. A literatura descreve as agressões verbais como sendo as mais danosas para a saúde mental das vítimas ¹¹. De modo que a autoestima e bem estar psicológico desses adolescentes pode ser afetado, e sua carência está relacionada a certos agravos mentais como depressão e suicídio ⁸.

Podemos destacar que houve uma maior ocorrência de vítimas do bullying em adolescentes que não possuíam amigos. Os adolescentes que são mais isolados, retraídos e que não tem amigos são características que servem como um fator de vulnerabilidade para sofrer agressões na escola ^{35, 37}. Entretanto não podemos afirmar se o fato de não ter amigos pode servir como um fator de risco para a ocorrência do bullying ou o fato das vítimas sofrerem agressões faz com que os seus amigos se afastem, por medo de se tornarem as próximas vítimas.

Foi visto que houve uma tendência de associação ($p < 0,052$) entre os adolescentes de condições socioeconômicas mais baixas com a ocorrência das agressões consequentes ao bullying. Pode-se observar também que os adolescentes com estratos socioeconômicos mais elevados apresentaram um escore maior na escala BSQ, indicando insatisfação com a imagem corporal. O estudo de Aslund et al ³⁸ mostrou que a condições socioeconômicas se caracterizam como um fator de risco para o bullying, sendo a classe social inferior a mais acometida; as classes intermediárias e elevadas demonstraram fator de proteção. Já a condição social mais elevada se mostrou como sendo um fator de risco para a insatisfação com a imagem corporal. Em um estudo ⁷ observou que os adolescentes com status

socioeconômicos mais baixos estiveram mais envolvidos com comportamentos de vítimas, ou seja, quanto menor a renda familiar, maior o risco para a vitimização de bullying.

Foi visto que 16% dos adolescentes apresentaram-se insatisfeitos com a imagem corporal. Observou-se que a vivência do bullying não teve associação positiva com a insatisfação com a imagem corporal. Entretanto, não se pode afirmar que essa associação não exista. Um estudo ³⁶ mostrou que 18% dos adolescentes insatisfeitos com a imagem corporal apresentaram uma associação com as agressões do bullying, ou seja, os adolescentes insatisfeitos com a imagem corporal apresentam 3 vezes mais chance de serem vítimas. Isso se justifica pelo fato de que os adolescentes são o grupo com mais insatisfeitos com a imagem corporal, com uma preocupação excessiva pela forma física e peso corporal. Dessa maneira, a insatisfação com a imagem corporal pode ser vista como sendo um fator relacionado à exposição do bullying.

Foi encontrado nesse estudo uma correlação positiva entre as escalas EAT-26 e BSQ; BSQ e BITE sintomatologia e gravidade. Estes resultados corroboram com o estudo realizado no Rio Grande do Sul em 2014 ¹⁹, que mostrou que adolescentes insatisfeitos com a sua imagem corporal tiveram uma relação 3 vezes maior com a presença de risco para TA. A literatura descreve a insatisfação com a imagem corporal como sendo uma das características de pacientes com TA, tanto para a anorexia nervosa quanto na bulimia nervosa ³³. Os dados citados levam a concluir que a insatisfação com a imagem corporal nos adolescentes vem em decorrência da não aceitação do corpo, não se sentindo dentro dos padrões de beleza estabelecidos pela sociedade, levando a um maior risco para esta população em apresentar depressão, baixa autoestima e TA.

A frequência de risco para TA no presente estudo foi de 23,6%, sendo menor que dados descritos no estudo de Silva et al ³², onde cerca de 33% dos adolescentes

apresentaram risco para TA. Os comportamentos sugestivos a BN foram vistos em 1,4% dos adolescentes. Esses resultados foram semelhantes aos encontrados anteriormente: 1,7%³⁰ e 2,3%³² dos adolescentes com BN.

O presente estudo encontrou uma associação entre os adolescentes vítimas do bullying com um maior risco para TA, mais especificamente BN, visto que as vítimas apresentaram maiores pontuações na escala de sintomas do BITE, quando comparadas às não vítimas. A literatura entra em contradição quando se diz respeito à associação do bullying e TA. Em um estudo ¹⁹ não houve associação significativa entre as vítimas de bullying e o risco para TA. Entretanto, um estudo do Reino Unido ³⁹ aponta uma associação entre o bullying e TA. Para explicar tal contradição encontrada na literatura podemos sugerir que os adolescentes não se sentem confortáveis ou sentem medo em responder questões de cunho polêmico como bullying e TA, ocultando ou mentindo a respeito de algumas informações por receio em sofrer penalidade pela escola ou familiares. As vítimas do bullying estão mais vulneráveis a um risco para TA, visto que as agressões sofridas podem resultar em uma baixa autoestima, manifestando uma aceitação ou aversão de si mesmo ³³.

Como limitações deste estudo aponta-se o delineamento transversal, que impede a relação entre causa e causalidade. Além disso, a escolha da escola por conveniência não permite que os dados sejam generalizados a todos os adolescentes.

Com base nessa pesquisa, é possível sugerir que novos estudos sejam realizados, adotando um delineamento populacional, longitudinal e com uma amostragem probabilística. Assim, identificando os efeitos do bullying, ao longo do tempo, e apresentando os fatores de risco nos adolescentes.

Mediante os dados obtidos no presente estudo pode-se concluir que não houve uma correlação positiva entre a ocorrência de bullying e a insatisfação com a imagem corporal,

entretanto houve uma correlação do bullying com um maior risco para TA, principalmente a BN. A frequência encontrada de adolescentes que vivenciaram o bullying de modo ativo, insatisfeitos com a imagem corporal e com risco para TA deve servir como um alerta em virtude de ser um problema de saúde pública, principalmente no ambiente escolar. Assim, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento prévio e de programas de intervenção que propiciem a diminuição do bullying no ambiente escolar e formas de prevenção dos riscos para TA e dos seus agravos.

Agradecimentos: Ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento/UFPE; CAPES; CNPQ e a todos que contribuíram para a elaboração e execução da pesquisa.

Divulgação: Os autores declaram não haver conflitos de interesses em geral.

Referências

1. Lopes Neto AA, Bullying- comportamento agressivo entre estudantes. J Pediatr. 2005; 81: 164-172.
2. Fonseca KBC, Micucci MD, Costa PS, Lemes S, Santos NA, Cunha JVA, Incidência do Bullying nos Cursos de Administração e Ciências Contábeis. Psicologia Escolar e Educacional. 2017; 21: 79-92.
3. Mello FCM, Malta DC, Prado RR, Marilurdes SF, Alencastro LCS, Silva MAL. Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rev Bras Epidemiol. 2016; 19: 866-877.

4. Schultz NCW, Duque DF, Silva CF, Souza CD, Assini LC, Carneiro MGM. A compreensão sistêmica do bullying. *Psicologia em Estudo*. 2012; 17: 247-254.
5. Malta DC, Prada RR, Dias AJR, Mello FCM, Silva MAL, Costa MR, et al. Bullying e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). *REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL PeNSE*. 2014; 131-145.
6. Vieira RAG, Prevalência de bullying no cenário escolar do Recife e sua associação com fatores sociodemográficos e estilo parental [Tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
7. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, Silva MAI. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 1553-64.
8. Bandeira CM, Hutz CS, As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 2010; 14: 131-138.
9. Santos ZA, Soares AB. Habilidades sociais e bullying: um estudo entre agressores e vítimas. *PsicolArgum*. 2016; 34: 51-64.
10. Rolim M. Bullying: O pesadelo da escola, um estudo de caso e notas sobre o que fazer. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
11. Albuquerque PP, Williams LCA, D'Affonseca SM. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2013; 29: 91-98.

- 12.Moura RRBS. O fenômeno bullying suas consequências em uma turma do 7º ano do ensino fundamental no município de vertentes- pernambuco. Revista Lugares de Educação. 2013; 3: 210-227.
- 13.Silva JL, Oliveira WA, Bono EL, Dib MA, Bazon MR, Silva MAI. Associações entre Bullying Escolar e Conduta Infracional: Revisão Sistemática de Estudos Longitudinais. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2016; 32: 81-90.
- 14.Lamarca TE. A atuação do psicólogo frente ao bullying no contexto escolar. [Monografia]. Itaperuna: Centro Universitário São José de Itaperuna; 2013.
- 15.Fortes LS, Ferreira MEC. Comportamentos de risco para transtornos alimentares em atletas: associação com diversas características. Avaliação Psicológica 2014; 13: 11-18.
- 16.Tramontt CR, Schneider CD, Stenzel LM. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico. RevBrasMed Esporte. 2014; 20: 383- 387.
- 17.Traebert J, Moreira EAM, Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. PesquiOdontol Bras. 2001; 15: 359-363.
- 18.Bento KM, Andrade KNS, Silva EIG, Mendes MLM, Omena CMB, Carvalho PGS, Schwingel PA. Transtornos Alimentares, Imagem Corporal e Estado Nutricional em Universitárias de Petrolina-PE. R brasci Saúde. 2016; 20: 197-202.
- 19.Ludewig AM, Rech RR, Halpern R, Zanol F, Frata B. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. Revista da AMRIGS. 2017; 61: 35-39.

20. Freitas PHB, Silva FM, Taveira AM, Cavalcante RB, Contijo TL, Machado RM. Transtornos alimentares e o uso de drogas: perfil epidemiológico. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2015; 29: 146-155.
21. Silva MMX, Damiani D, Cominato L. Avaliação da densidade mineral óssea em adolescentes do sexo feminino com transtorno alimentar. *ArqBrasEndocrinolMetab*. 2013; 57: 527-532.
22. Grando LH, Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
23. Carvalho RS, Amaral ACS, Ferreira MEC, Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2009; 11: 200-223.
24. Santos FDG, Cardoso ICG, Alves DCB, Mendonça SMS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional *Rev. Odontol. Univ*. 2015; 27: 33-42.
25. Souza AC, Alvarenga MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65: 286-299.
26. Cecchetto FH, Peña DB, Pellanda LC, Insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em crianças de 7 a 11 anos: estudo transversal. *ClinBiomed Res*. 2015; 35: 86-91.
27. ABRAPIA, Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência (2005). Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes.
28. Cordás TA, Hochgraf PB. O Bite Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr*. 1994; 42: 141-144.
29. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do

- sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. J Bras. Psiquiatr. 2004; 53: 339-346.
- 30.Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. Arquivos Brasileiros de Psicologia. 2011; 63: 52- 63.
- 31.Critério de Classificação Econômica Brasil, disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acessado em 20 de outubro de 2015.
- 32.Silva TAB, Ximenes RCC, Holanda MA, Melo MG, Sougey EB, Couto GBL. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. J Bras Psiquiatr. 2012; 61: 154- 158
- 33.França JP, Deuner J, Halpern R, Rech RR. Sintomas para transtornos alimentares em escolares da rede pública de São Pedro da Serra, RS. Revista da AMRIGS. 2013; 57: 175-9.
- 34.Moreno EAC, Silva AP, Ferreira GA, Silva FP, Frazao IS, Cavalcanti AMTS. Perfil epidemiológico de adolescentes vítimas de bullying em escolas públicas e privadas. Rev. enferm. 2012; 20:808-13.
- 35.Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. Educ. Pesqui. 2016; 42: 181-198.
- 36.Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. J Pediatr. 2013; 89: 164-170.
- 37.Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Associação entre ser espectador e outros papéis assumidos no bullying escolar. J HumGrowth Dev. 2016; 26: 352-359.

38. Aslund C, Starrin B, Leppert J, Nilsson KW. Social Status and Shaming experiences related to adolescent overt aggression at school. *Aggress Behav.* 2009; 35:1-13.
39. Farrow CV, Lox CL. Gender differences in the relationships between bullying at school and unhealthy eating and shape-related attitudes and behaviours. *British Journal of Educational Psychology.* 2011; 81: 409-420.

INTRODUÇÃO

A violência escolar pode ser observada através de práticas como o bullying, o que pode gerar problemas no desenvolvimento do indivíduo, bem como na família, escola e comunidade. O bullying é considerado um fenômeno que vem tomando grandes proporções, tanto no ambiente escolar, quanto no social^{1,2}. Dessa maneira, é um tipo de violência entre iguais, já considerado como um problema de saúde pública³.

No Brasil, cerca de 28% das crianças brasileiras já sofreram com bullying nas escolas e 15% sofrem com agressões semanalmente⁴. A prevalência de bullying entre os escolares de 13 a 16 anos encontrada pela pesquisa nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) em 2012, foi de 7,2%⁵. Já na cidade do Recife foi visto que a prevalência da vitimização e práticas do bullying foram de 30,36% sofreram e 23,66% praticaram⁶.

Comportamentos agressivos, intencionais, repetitivos com ou sem motivos aparentes contra uma vítima são características do bullying^{1, 7-9}. Esses comportamentos ocorrem por meio de agressões físicas, verbais, virtuais, sexuais e psicológicas^{2,10,11}. Os envolvidos no bullying podem ser classificados como vítimas, agressores, testemunhas e vítima/agressor^{2,11}.

As vítimas apresentam um comportamento social inibido, submisso, onde costumam se sentir envergonhadas, com medo, vulneráveis, com baixa autoestima, dessa forma aumentando a probabilidade da vitimização continuar⁶. Este é, normalmente, uma criança ou adolescente que vê sua agressividade como uma qualidade e que gera prazer^{2,8,10}. Alunos que presenciam e, normalmente, não se envolvem com os atos do bullying por medo de se tornar próxima vítima são classificados como testemunhas^{1,7}. Há certas crianças e adolescentes que buscam esconder suas limitações por meio de agressões. Estes, por sua

vez, se exibem como vítima/agressor, por apresentarem comportamentos agressivos e de vitimização ⁸.

Sofrer bullying pode ser um fator predisponente para o surgimento de sinais e sintomas clínicos de cefaleia, vômitos, alteração no sono, isolamento social, ansiedade, depressão, suicídio, anorexia e bulimia ¹⁰⁻¹³. Casos de transtornos alimentares (TA), como a anorexia e bulimia, são mais comumente observados nas vítimas do bullying, especialmente quando se apresentam acima do peso ¹⁴.

Há evidências de que adolescentes são mais susceptíveis para o desenvolvimento de TA, pois, é na fase da adolescência que ocorre às mudanças morfológicas e psicológicas. Fatores genéticos, biológicos, neurológicos de personalidade, socioculturais e principalmente a insatisfação com a imagem corporal, podem contribuir para o TA ^{15,17, 18}.

Estudo realizado no Rio grande do Sul com escolares de 11 a 15 anos encontrou prevalência de sintomas para TA de 21,7% ¹⁹. O TA é considerado um distúrbio psicossomático, que afeta o comportamento alimentar do indivíduo, com grandes repercussões físicas, mentais e sociais, com elevada morbidade e mortalidade ^{20, 21}.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, V edição (DSM-V - APA, 2013), pode-se destacar a anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) como os principais subtipos de TA ^{22, 23}. A AN é um distúrbio da imagem corporal, no qual o indivíduo apresenta uma recusa alimentar, relacionada ao medo em ganhar peso, mesmo se encontrando abaixo do peso ideal ²⁰. A BN é caracterizada por episódios de compulsão alimentar, seguida de sentimentos de culpa, de modo que para evitar o ganho de peso realizam práticas compensatórias inadequadas como jejuns prolongados, práticas de vômitos e uso de medicamentos (laxantes e diuréticos) ²²⁻²⁴.

Os adolescentes e jovens adultos são descritos na literatura como sendo os grupos mais insatisfeitos. A supervalorização do corpo magro e perfeito, imposto pelos padrões sociais nessa população acaba gerando uma maior insatisfação com a imagem corporal por não conseguir alcançar o corpo ideal. Desse modo, contribuindo para o desenvolvimento de TA^{18, 23, 25, 26}. A imagem corporal é mencionada como uma percepção e experiência sobre o corpo, no qual os aspectos das experiências não são fixos, mas sofrem influência social²⁵. A percepção que uma pessoa tem do seu próprio corpo e os pensamentos e sentimentos percebidos por eles são definidos como sendo a imagem corporal^{18, 23}.

A literatura é incipiente de dados a respeito da associação entre bullying e imagem corporal e risco para transtornos alimentares. Diante destes fatos, o presente estudo tem por objetivo identificar a associação dos riscos para transtornos alimentares e insatisfação com a imagem corporal na prática do bullying em adolescentes.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma análise epidemiológica de corte transversal realizada na cidade de Vitória de Santo Antão – PE – Brasil. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudantes devidamente matriculados em escolas públicas estaduais, de ambos os sexos, com idade entre 14 a 19 anos. Foram excluídos os alunos que já participaram de alguma pesquisa prévia relacionada ao objetivo deste estudo ou que apresentavam dificuldade na compreensão dos instrumentos por algum tipo de limitação.

Esse é um estudo piloto, que utilizou uma amostra não probabilística do tipo intencional do estudo “Uso de internet e versões digitais para rastreamento do bullying e insatisfação com a imagem corporal através da aplicação das escalas EAT-26, BITE, BSQ e bullying em adolescentes com sintomas de transtornos alimentares”. A seleção da escola foi

feita por conveniência, de maneira que o tamanho total da população é de 758 alunos. Para a seleção dos participantes foi disponibilizada pela direção das escolas uma ata com os nomes, turmas e turnos dos alunos matriculados.

A coleta seguiu a ordem dos alunos da lista. Caso o aluno não se encontrasse presente ou não demonstrasse interesse em participar da pesquisa, era chamado o aluno subsequente. Tendo a devida aceitação verbal e por escrito para participação do estudo, os testes foram aplicados na escola, em uma sala de aula, apenas com a presença do pesquisador e do aluno, durante os intervalos das aulas. Sendo assim, não apresentou perdas nos questionários válidos, totalizando, assim, 144 adolescentes para compor a amostra final.

As informações de cada participante, bem como os dados referentes à categorização do tipo de bullying; insatisfação com a imagem corporal e o risco para TA e variáveis socioeconômicas foram obtidas por meio da utilização de instrumentos específicos: Questionário sobre bullying; Body Shape Questionay (BSQ); Eating Attitudes Test (EAT-26); Bulimic Investigatory Test of Edinburgh (BITE) e o questionário biosociodemográfico, respectivamente, por meio de questionários autoaplicáveis.

O questionário sobre bullying foi desenvolvido pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) ²⁷. É composto por 15 questões de múltipla escolha. Tal instrumento afere se o sujeito já praticou, sofreu ou se foi espectador do bullying. O questionário permite reconhecimento dos tipos e formas, além da identificação dos adolescentes quanto a sua categorização dentro do bullying (Vítima, Agressor, Vítima/Agressor e Testemunha).

O BSQ foi traduzido e validado para a população brasileira ²⁸ e é composto por 34 perguntas autoaplicáveis. Essa escala é utilizada para relacionar a preocupação do indivíduo

com o seu peso e sua aparência física, ou seja, avalia a insatisfação com a imagem corporal. O escore final é dado por meio do somatório de todos os itens do instrumento, quanto maior for o escore maior a insatisfação corporal. A classificação dos resultados do BSQ obedece à seguinte pontuação: escores < 80 indicam ausência de insatisfação corporal; entre 80 e 110, insatisfação leve; entre 110 e 140, insatisfação moderada; e ≥ 140 insatisfação corporal grave.

O EAT-26 foi traduzido e validado para o português na versão para adolescentes ²⁹. É utilizado para identificar comportamentos alimentares anormais em população de alto risco, entretanto não fecha diagnóstico para TA. É composto por 26 itens, que são distribuídos em 3 fatores: 1) anorexia - comportamento alimentar restritivo, dietas, jejum e preocupação com a forma física; 2) bulimia - compulsão alimentar, seguida de comportamentos purgativos para perda de peso; 3) autocontrole oral - diz respeito à capacidade do indivíduo em se controlar com relação à comida e incentivo à ingestão alimentar. O escore do EAT-26 é feito através da soma de todos os itens. Escores ≥ 21 são considerados com sintomas ou indicativo de TA.

Neste estudo, foi utilizada a versão adaptada para adolescentes do questionário BITE, validada por Ximenes et al ³⁰. O BITE identifica indivíduos com compulsão alimentar e avalia os aspectos cognitivos e comportamentais relacionados à bulimia. A escala é composta por 33 questões. Consiste em duas escalas, no qual uma avalia os sintomas e a outra, a gravidade dos sintomas. Na escala de sintomas, um escore final < 10 sugere um comportamento normal; entre 10 e 19 demonstram comportamento padrão alimentar não usual; ≥ 20 indica um padrão alimentar muito perturbado e a presença de compulsão alimentar com grande possibilidade de bulimia. Na escala de gravidade, um escore > 5 é considerado clinicamente significativo e $= 10$ indica elevado grau de gravidade.

Os dados referentes às condições socioeconômicas dos adolescentes foram baseados pelo Critério de Classificação Econômica do Brasil³¹.

Para a análise estatística, foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0. Na caracterização da amostra foi efetuada a estatística descritiva, com o uso das distribuições de frequências para as variáveis qualitativas, e uso de média $\pm$ desvio padrão (DP) para as variáveis quantitativas. A realização do teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov evidenciou distribuição não normal das variáveis dependentes quantitativas. Assim, foram utilizados testes não paramétricos para a realização dos testes de hipóteses e para o estabelecimento de correlações entre variáveis. O teste Qui-quadrado foi usado para avaliar presença de associação entre variáveis qualitativas. Para a avaliação de presença de associação variáveis qualitativas com quantitativas foram utilizados o teste Mann Whitney e o teste Kruskal-Wallis com Post Hoc Mann Whitney, a depender do número de grupos das variáveis em questão. A correlação entre variáveis quantitativas foi realizada através do coeficiente de correlação de Spearman. Foi considerado como nível de significância para a rejeição da hipótese nula um valor de $p < 0,05$. Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da UFPE (nº 1.401.493). Foi obtido o consentimento escrito dos pais de todos os participantes, e o consentimento verbal e escrito de todos os adolescentes.

CONCLUSÃO

Mediante os dados obtidos no presente estudo pode-se concluir que não houve uma correlação positiva entre a ocorrência de bullying e a insatisfação com a imagem corporal, entretanto houve uma correlação do bullying com um maior risco para TA, principalmente a

BN. A frequência encontrada de adolescentes que vivenciaram o bullying de modo ativo, insatisfeitos com a imagem corporal e com risco para TA deve servir como um alerta em virtude de ser um problema de saúde pública, principalmente no ambiente escolar. Assim, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento prévio e de programas de intervenção que propiciem a diminuição do bullying no ambiente escolar e formas de prevenção dos riscos para TA e dos seus agravos.

REFERÊNCIAS

1. Lopes Neto AA, Bullying- comportamento agressivo entre estudantes. J Pediatr. 2005; 81: 164-172.
2. Fonseca KBC, Micucci MD, Costa PS, Lemes S, Santos NA, Cunha JVA, Incidência do Bullying nos Cursos de Administração e Ciências Contábeis. Psicologia Escolar e Educacional. 2017; 21: 79-92.
3. Mello FCM, Malta DC, Prado RR, Marilurdes SF, Alencastro LCS, Silva MAL. Bullying e fatores associados em adolescentes da Região Sudeste segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. RevBrasEpidemiol. 2016; 19: 866-877.
4. Schultz NCW, Duque DF, Silva CF, Souza CD, Assini LC, Carneiro MGM. A compreensão sistêmica do bullying. Psicologia em Estudo. 2012; 17: 247-254.
5. Malta DC, Prada RR, Dias AJR, Mello FCM, Silva MAL, Costa MR, et al. Bullying e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). REV BRAS EPIDEMIOLOG SUPPL PeNSE. 2014; 131-145.
6. Vieira RAG, Prevalência de bullying no cenário escolar do Recife e sua associação com fatores sociodemográficos e estilo parental [Tese]. Recife:

- Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
7. Oliveira WA, Silva JL, Sampaio JMC, Silva MAI. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22: 1553-64.
 8. Bandeira CM, Hutz CS, As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. 2010; 14: 131-138.
 9. Santos ZA, Soares AB. Habilidades sociais e bullying: um estudo entre agressores e vítimas. *PsicolArgum*. 2016; 34: 51-64.
 10. Rolim M. Bullying: O pesadelo da escola, um estudo de caso e notas sobre o que fazer. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
 11. Albuquerque PP, Williams LCA, D'Affonseca SM. Efeitos Tardios do Bullying e Transtorno de Estresse Pós-Traumático: Uma Revisão Crítica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2013; 29: 91-98.
 12. Moura RRBS. O fenômeno bullying suas consequências em uma turma do 7º ano do ensino fundamental no município de vertentes- pernambuco. *Revista Lugares de Educação*. 2013; 3: 210-227.
 13. Silva JL, Oliveira WA, Bono EL, Dib MA, Bazon MR, Silva MAI. Associações entre Bullying Escolar e Conduta Infracional: Revisão Sistemática de Estudos Longitudinais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2016; 32: 81-90.
 14. Lamarca TE. A atuação do psicólogo frente ao bullying no contexto escolar. [Monografia]. Itaperuna: Centro Universitário São José de Itaperuna; 2013.

15. Fortes LS, Ferreira MEC. Comportamentos de risco para transtornos alimentares em atletas: associação com diversas características. *Avaliação Psicológica* 2014; 13: 11-18.
16. Tramontt CR, Schneider CD, Stenzel LM. Compulsão alimentar e bulimia nervosa em praticantes de exercício físico. *Rev Bras Med Esporte*. 2014; 20: 383- 387.
17. Traebert J, Moreira EAM, Transtornos alimentares de ordem comportamental e seus efeitos sobre a saúde bucal na adolescência. *Pesqui Odontol Bras*. 2001; 15: 359-363.
18. Bento KM, Andrade KNS, Silva EIG, Mendes MLM, Omena CMB, Carvalho PGS, Schwingel PA. Transtornos Alimentares, Imagem Corporal e Estado Nutricional em Universitárias de Petrolina-PE. *R bras Ciências da Saúde*. 2016; 20: 197-202.
19. Ludewig AM, Rech RR, Halpern R, Zanol F, Frata B. Prevalência de sintomas para transtornos alimentares em escolares de 11 a 15 anos da rede municipal de ensino da cidade de Nova Petrópolis, RS. *Revista da AMRIGS*. 2017; 61: 35-39.
20. Freitas PHB, Silva FM, Taveira AM, Cavalcante RB, Contijo TL, Machado RM. Transtornos alimentares e o uso de drogas: perfil epidemiológico. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2015; 29: 146-155.
21. Silva MMX, Damiani D, Cominato L. Avaliação da densidade mineral óssea em adolescentes do sexo feminino com transtorno alimentar. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2013; 57: 527-532.

22. Grando LH, Representações sociais e transtornos alimentares: as faces do cuidar em enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2000.
23. Carvalho RS, Amaral ACS, Ferreira MEC, Transtornos alimentares e imagem corporal na adolescência: uma análise da produção científica em psicologia. *Psicologia: Teoria e Prática*. 2009; 11: 200-223.
24. Santos FDG, Cardoso ICG, Alves DCB, Mendonça SMS. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: alterações bucais e importância do cirurgião-dentista na abordagem multiprofissional *Rev. Odontol. Univ*. 2015; 27: 33-42.
25. Souza AC, Alvarenga MS. Insatisfação com a imagem corporal em estudantes universitários – Uma revisão integrativa. *J Bras Psiquiatr*. 2016; 65: 286-299.
26. Cecchetto FH, Peña DB, Pellanda LC, Insatisfação da imagem corporal e estado nutricional em crianças de 7 a 11 anos: estudo transversal. *ClinBiomed Res*. 2015; 35: 86-91.
27. ABRAPIA, Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência (2005). Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes.
28. Cordás TA, Hochgraf PB. O Bite Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa: Versão para o português. *J. Bras. Psiquiatr*. 1994; 42: 141-144.
29. Bighetti F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *J Bras. Psiquiatr*. 2004; 53: 339-346.
30. Ximenes RCC, Colares V, Bertulino T, Couto GBL, Sougey EB. Versão brasileira do “BITE” para uso em adolescentes. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2011; 63: 52- 63.

31. Critério de Classificação Econômica Brasil, disponível em:
<http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acessado em 20 de outubro de 2015.
32. Silva TAB, Ximenes RCC, Holanda MA, Melo MG, Sougey EB, Couto GBL. Frequência de comportamentos alimentares inadequados e sua relação com a insatisfação corporal em adolescentes. *J Bras Psiquiatr*. 2012; 61: 154- 158
33. França JP, Deuner J, Halpern R, Rech RR. Sintomas para transtornos alimentares em escolares da rede pública de São Pedro da Serra, RS. *Revista da AMRIGS*. 2013; 57: 175-9.
34. Moreno EAC, Silva AP, Ferreira GA, Silva FP, Frazao IS, Cavalcanti AMTS. Perfil epidemiológico de adolescentes vítimas de bullying em escolas públicas e privadas. *Rev. enferm*. 2012; 20:808-13.
35. Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. *Educ. Pesqui*. 2016; 42: 181-198.
36. Rech RR, Halpern R, Tedesco A, Santos DF. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. *J Pediatr*. 2013; 89: 164-170.
37. Zequinão MA, Medeiros P, Pereira B, Cardoso FL. Associação entre ser espectador e outros papéis assumidos no bullying escolar. *J HumGrowth Dev*. 2016; 26: 352-359.
38. Aslund C, Starrin B, Leppert J, Nilsson KW. Social Status and Shaming experiences related to adolescent overt aggression at school. *Aggress Behav*. 2009; 35:1-13.
39. Farrow CV, Lox CL. Gender differences in the relationships between bullying at school and unhealthy eating and shape-related attitudes and behaviours. *British Journal of Educational Psychology*. 2011; 81: 409-420.

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Normas da Revista

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* é uma publicação trimestral que visa publicar manuscritos originais em todas as áreas da psiquiatria, incluindo saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental.

Processo de revisão intermediária

A seleção de manuscritos para publicação é baseada em sua originalidade, relevância do tópico, qualidade metodológica e conformidade com estas instruções. Todos os manuscritos considerados para publicação são revisados por árbitros externos anônimos. Sempre que possível, uma decisão editorial (aceitação, revisões necessárias ou rejeição) será feita no prazo de um mês após a submissão.

Preparação do manuscrito

A *Revista Brasileira de Psiquiatria* publica artigos originais, comunicações breves, artigos de revisão, artigos de atualização, editoriais e cartas ao Editor. Consulte um número atual do Jornal para estilo e formato. O texto deve ser de dois espaços com margens amplas.

Artigos originais, artigos de revisão, artigos de atualização e comunicações breves seguem o formato descrito abaixo.

Página de título: Título completo, nomes de autores, seus departamentos e instituições, incluindo a cidade e o país de origem. Inclua também um título em execução com um máximo de 50 caracteres (letras e espaços). O nome completo, o número de telefone, o número de fax, o endereço de e-mail e o endereço postal completo do autor correspondente devem ser indicados.

Página 2: Um resumo estruturado que não exceda 200 palavras com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Indique três a cinco palavras-chave em estrita conformidade com as rubricas do assunto médico.

Texto principal: A Introdução deve ter uma ou três páginas (não revisar extensivamente a literatura), concluída por uma declaração clara dos objetivos do estudo. Uma seção detalhada de Métodos deve incluir o design do estudo, configuração, participantes, principais medidas de resultado, análises estatísticas, registro de ensaios, aprovação do comitê de ética e procedimentos de consentimento informado (evite se referir ao design, método e material descritos em artigos publicados anteriormente). Os resultados devem ser claros; Não é permitida a repetição de dados no texto e em tabelas / figuras. Discussão: Não inclua uma seção de conclusão; As observações finais devem ser apresentadas no último parágrafo do texto.

Agradecimentos: deve incluir bolsas, patrocínios e outros tipos de apoio prestados ao estudo. Alguns autores podem agradecer aos colaboradores que contribuíram significativamente para o manuscrito, mas não cumprem os critérios de autoria. É responsabilidade do autor obter permissão das pessoas mencionadas.

Divulgação: cada autor deve divulgar potenciais conflitos de interesse em geral, não apenas relacionados ao presente estudo. Exemplos incluem, mas não estão limitados a empregos / posições anteriores ou atuais, bolsas de pesquisa, honorários do falante, interesse de propriedade e trabalho como consultor ou conselho consultivo para organizações. Estudos que, de qualquer forma, envolvem empresas farmacêuticas ou outras empresas privadas ou públicas devem divulgar claramente o papel dessas organizações no estudo. Além disso, se o estudo investigar de forma alguma os compostos farmacêuticos, a Divulgação deve conter informações sobre quais e quais instituições as análises estatísticas foram realizadas e um endereço de e-mail onde obter o protocolo.

Lista de referência: as referências devem ser mantidas ao mínimo pertinente e devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, de acordo com o sistema de Vancouver. Recomendamos o uso de uma ferramenta como Reference Manager ou Endnote para gerenciamento de referência e formatação. Identifique referências em texto, tabelas e lendas usando algarismos árabes sobrescritos. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com sua primeira citação no texto.

Observe o estilo dos exemplos abaixo. Para incluir manuscritos aceitos, mas não publicados, informe o título abreviado da revista seguido de (na imprensa). Os documentos publicados eletronicamente, mas ainda não impressos, devem ser identificados pelo seu número DOI. As informações de manuscritos ainda não aceitas devem ser citadas apenas no texto como comunicação pessoal. A precisão de referência é da responsabilidade dos autores. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus.

Exemplos:

Artigo de revista padrão

Lista todos os autores quando forem seis ou menos. Quando há sete ou mais, liste apenas os seis primeiros autores e adicione "et al.". Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Transtorno depressivo maior durante a gravidez na adolescência: correlatos sócio-demográficos, obstétricos e psicossociais. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35: 51-6.

Livro

Gabbard GO. O tratamento de desordens psiquiátricas de Gabbard. 4ª ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.

Capítulo do livro

Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. A natureza eo tratamento da depressão resistente à terapia. Em: Cryan JF, Leonard BE, editores. Depressão: da psicopatologia à farmacoterapia. Basileia: Karger; 2010. p. 243-53.

Teses e dissertações

Trigeiro A. Os sistemas do fator de liberação de corticotropina do sistema nervoso central (CRF) contribuem para o aumento do comportamento semelhante à ansiedade durante a retirada de opióides: uma análise de substratos neuroanatômicos [dissertação]. San Diego: Universidade da Califórnia; 2011.

Tabelas e figuras: Todas as figuras / tabelas devem esclarecer / complementar em vez de repetir o texto; seu número deve ser reduzido ao mínimo. Todas as ilustrações devem ser enviadas em páginas separadas, seguindo o pedido em que elas aparecem no texto e numeradas consecutivamente usando algarismos arábicos. Todas as tabelas e figuras devem incluir lendas descritivas, e abreviaturas devem ser definidas. Quaisquer tabelas ou figuras extraídas de trabalhos publicados anteriormente devem ser acompanhadas de permissão por escrito para reprodução do detentor de direitos autorais atual no momento da submissão.

Abreviações e símbolos: Todos os termos ou abreviaturas devem ser enunciados na primeira menção e também em legendas de tabela / figura. Todas as unidades devem ser métricas. Evite números romanos.

Artigos originais: estes devem descrever de forma completa, mas o mais conciso possível, os resultados da pesquisa original, contendo todas as informações relevantes para aqueles que desejam reproduzir a pesquisa ou avaliar os resultados e as conclusões. Os manuscritos originais não devem exceder 5.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências. Não serão aceitas mais de seis tabelas ou figuras e um máximo de 40 referências. O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. As implicações clínicas e as limitações do estudo devem ser indicadas. Ensaio clínico randomizados devem ser registrados em bancos de dados clínicos online (o número de registro do ensaio clínico deve ser informado no final do resumo).

ANEXO B – TABELAS

Tabela 1 – Avaliação do BSQ, EAT-26, BITE sintomatologia e gravidade e classificação do Bullying, Vitória de Santo Antão, 2016.

Variável	N	%
TOTAL	144	100,0
• BSQ		
Ausência de insatisfação com a imagem corporal (≤ 80)	121	84,0
Leve insatisfação (81 a 110)	16	11,1
Moderada insatisfação (110 a 140)	3	2,1
Grave insatisfação (> 140)	4	2,8
• EAT- 26		
Sem risco para (T.A. < 20)	110	76,4
Com risco para (T.A. ≥ 20)	34	23,6
• BITE sintomatologia		
Normalidade (< 10)	86	59,7
Padrão alimentar não usual (10 a 19)	56	38,9
Padrão alimentar perturbado e presença de compulsão alimentar	2	1,4
• BITE gravidade		
Sem alteração	129	89,6
Clinicamente significativo (> 5)	9	6,3
Elevado grau de gravidade (≥ 10)	6	4,2
• Classificação do Bullying		

Vítima	38	26,4
Agressor	10	6,9
Vitima/Agressor	33	22,9
Testemunha	33	22,9
Não vivenciou o bullying	30	20,8

BSQ- Body Shape Questionay;

EAT- 26 - Eating Attitudes Test;

T.A. – Transtorno Alimentar;

BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh;

Através do teste de Mc-Nemar.

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes da pesquisa de acordo com aspectos relativos ao bullying, Vitória de Santo Antão, 2016.

Variável	n	%
TOTAL	144	100,0
• Tipo de bullying sofrido (vítima)		
Me empurram, chutam, batem	2	1,4
Me ameaçam	2	1,4
Me colocam apelidos, me xingam ou riem de mim	43	29,9
Não me deixam conversar, ficar junto ou brincar com outros	2	1,4
Quebram ou pegam minhas coisas ou meu dinheiro	1	0,7
Contam mentiras ou fazem fofoca a meu respeito e tentam fazer	16	11,1
Outras coisas	8	5,6
Não respondeu a questão ¹	70	48,6
• Sentimento da vítima		
Não o incomodou	50	34,7

Ficou preocupado sobre o que os outros pensaram dele	12	8,3
Ficou com raiva	10	6,9
Não queria mais ir para a escola	1	0,7
Não respondeu a questão ¹	71	49,3
• Reação pela vítima		
Não, eles não tentaram nada	30	20,8
Não, eles não sabiam que eu estava sofrendo bullying na escola	5	3,5
Sim, eles tentaram, mas a situação piorou	2	1,4
Sim, eles tentaram, mas o bullying continuou	7	4,9
Sim, eles tentaram, e o bullying diminuiu	14	9,7
Sim, eles tentaram, e o bullying parou	14	9,7
Não respondeu a questão ¹	72	50,0
• Reação do expectador		
Nunca viu alguém sofrendo bullying na escola	43	29,9
Disse aos agressores que parassem	30	20,8
Pediu ajuda a direção, professor ou funcionário da escola	16	11,1
Socorreu o colega que estava sofrendo bullying	18	12,5
Não fez nada	36	25,0
Não respondeu a questão ¹	1	0,7
• Sentimento do expectador		
Sentiu-se mal	48	33,3
Sentiu-se triste	18	12,5
Ficou com pena da vítima	20	13,9
Ficou com pena do agressor	5	3,5
Fingiu que não viu	3	2,1
Não se incomodou	5	3,5
Sentiu-se bem	1	0,7
Ficou com medo que isso pudesse acontecer com ele	4	2,8

Não respondeu a questão ¹	40	27,8
• Tipo de bullying praticado (agressor)		
Bateu, deu pontapés, empurrou	1	0,7
Ameaçou	2	1,4
Quebrou ou pegou as coisas e o dinheiro deles	1	0,7
Colocou apelidos, xingou ou sorriu deles	35	24,3
Não deixou eles conversarem, ficarem juntos ou brincarem com outros	1	0,7
Espalhou mentiras e fofocas a seu respeito e tentou fazer com	2	1,4
Outras coisas	2	1,4
Não respondeu a questão ¹	100	69,4
• Sentimento do agressor		
Sentiu-se bem	1	0,7
Foi engraçado	16	11,1
Sentiu que eles mereciam o castigo	1	0,7
Não sentiu nada	8	5,6
Sentiu-se mal	7	4,9
Sentiu pena do colega	5	3,5
Acha que eles fariam o mesmo consigo	5	3,5
Não respondeu a questão ¹	101	70,1

¹: item no qual cada estudante poderia deixar sem resposta

Tabela 3 – Avaliação da associação entre número de amigos autodeclarados e a ocorrência de bullying, Vitória de Santo Antão, 2016.

	Vítima de bullying						p-valor ⁽¹⁾
	Negativo		Positivo		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	
Amigos autodeclarados							
Não	2	13,3	13	86,7	15	100,0%	0,002
Sim	71	55,0	58	45,0	129	100,0%	

(1): Através do teste exato de Fisher

Tabela 4 – Avaliação da associação entre sexo e a ocorrência de Bullying, Vitória de Santo Antão, 2016.

Variável	Bullying agressor						
	Ausente		Presente		Total		
Sexo do Agressor	n	%	n	%	N	%	p- valor ⁽¹⁾
Masculino	29	55,8%	23	44,2%	52	100,0%	0,005
Feminino	72	78,3%	20	21,7%	92	100,0%	
	Bullying vítima						
	Ausente		Presente		Total		
Sexo da vítima	n	%	n	%	N	%	p-valor ⁽¹⁾
Masculino	24	46,2%	28	53,8%	52	100,0%	0,413
Feminino	49	53,3%	43	46,7%	92	100,0%	

(1): Através do teste qui-quadrado

Tabela 5 – Avaliação da associação entre Bullying ativo e risco para TA e alteração da imagem corporal, Vitória de Santo Antão, 2016.

	Ausência de Bullying ativo (n=63)		Bullying ativo (agressor e/ou vítima) (n=81)		p-valor*
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
EAT-26	13.97	8.41	16.38	9.35	0,136
BITE Sintomatologia	8.02	4.04	9.47	4.28	0,039
BITE Gravidade	1.62	3.38	2.54	3.41	0,006
BSQ	60.37	26.15	60.56	24.87	0,896

EAT- 26 - Eating Attitudes Test;

BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh;

BSQ- Body Shape Questionay;

*Obtido através do Teste de Mann Whitney

Tabela 6 – Correlação entre as variáveis EAT-26, BITE Sintomatologia, BITE Gravidade e BSQ, Vitória de Santo Antão, 2016.

		EAT-26	BITE Sintomatologia	BITE Gravidade
EAT-26	Correlação de Spearman	-		
	p-valor	-		
BITE Sintomatologia	Correlação de Spearman	0,483		
	p-valor	<0,001		
BITE Gravidade	Correlação de Spearman	0,185	0,357	
	p-valor	0,026	<0,001	
BSQ	Correlação de Spearman	0,374	0,401	0,228
	p-valor	<0,001	<0,001	0,006

EAT- 26 - Eating Attitudes Test;

BITE - Bulimic Investigatory Test of Edinburgh;

BSQ - Body Shape Questionay;