

## ARTIGO DE REVISÃO

# *Bullying* escolar na infância e adolescência

*Luciano Isolan<sup>a</sup>*

<sup>a</sup> Médico psiquiatra/UFRGS. Psiquiatra da Infância e Adolescência/UFRGS. Mestre e Doutor em Psiquiatria/UFRGS. Membro aspirante da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre (SPPA).

### Resumo

O *bullying* escolar pode ser definido como uma forma de violência na qual um estudante é sistematicamente exposto a um conjunto de atos agressivos, que ocorrem sem motivação aparente, mas de forma intencional, protagonizada por um ou mais estudantes, causando dor e sofrimento, e dentro de uma relação desigual de poder. O *bullying* é uma condição muito prevalente na infância e na adolescência. Há uma ampla gama de prejuízos e uma alta ocorrência de problemas psiquiátricos associados ao *bullying*. Diversos estudos com diferentes abordagens avaliam o papel de intervenções anti-*bullying*. A redução na prevalência do *bullying* nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva e trazer um impacto positivo na redução dos problemas relacionados à saúde mental em crianças e adolescentes. O presente artigo pretende fazer uma revisão sobre os principais aspectos epidemiológicos, clínicos e de tratamento relacionados ao *bullying* escolar.

**Palavras-chave:** Adolescentes; *Bullying*; Crianças; Escola; Prevenção.

### Abstract

School *bullying* can be defined as a form of violence in which a student is systematically exposed to an aggressive set of acts, that occur without apparent motivation, but intentionally, led by one or more

students, causing pain and suffering, and within an unequal power relationship. *Bullying* is a very prevalent condition in childhood and adolescence. There is a wide range of damage and a high incidence of psychiatric problems associated with *bullying*. Several studies using different approaches evaluate the role of anti-bullying interventions. The reduction in the prevalence of *bullying* in schools can be a highly effective public health measure and bring a positive impact in reducing problems related to mental health in children and adolescents. This article intends to review the main epidemiological, clinical and treatment aspects related to school bullying.

**Keywords:** Adolescents; Bullying; Children; School; Prevention.

## Introdução

A violência é um problema de saúde pública com consequências graves tanto a curto quanto longo prazo, especialmente em crianças e adolescentes. De particular importância é a ocorrência da violência dentro do contexto escolar. Esse é um problema social preocupante e complexo, sendo, provavelmente, o tipo mais frequente de violência na infância e adolescência<sup>1</sup>.

Uma das formas de violência dentro do contexto escolar é o *bullying*. O *bullying* é uma palavra que tem origem no termo inglês *bully*, que quer dizer “valentão”, “tirano”, “brigão”, e ainda não tem uma tradução adequada para o português. Na literatura científica opta-se por não traduzir a palavra *bullying* para o português devido à inexistência de um termo correspondente direto. A adoção universal do termo *bullying* foi decorrente da dificuldade de traduzi-lo para diversos idiomas. No Brasil e em muitos países, diversas palavras e expressões têm sido utilizadas com sentido equivalente ao *bullying*, tais como zoar, intimidar, humilhar, ameaçar, difamar, provocar, gozar e tantas outras<sup>2</sup>. Essa forma de violência pode se manifestar também por atos repetitivos de opressão, discriminação, intimidação, xingamentos, chacotas, tirania, agressão a pessoas ou grupos<sup>2</sup>.

O *bullying* é um fenômeno universal tão antigo quanto a própria escola, porém, apesar de sua universalidade e gravidade, apenas recentemente começou a ser estudado de uma forma mais sistemática. O termo *bullying* foi utilizado pela primeira vez por um dos pioneiros do estudo desse campo, Dan Olweus, da Universidade de Bergen, na Noruega, ao estudar sobre casos de suicídio entre jovens, no início da década de 1980. Esse autor concluiu que a maior parte desses adolescentes havia sofrido algum tipo de ameaça ou exclusão no contexto escolar<sup>3</sup> e desenvolveu um extenso estudo sobre *bullying* na Noruega. O estudo foi seguido pelo desenvolvimento de uma campanha anti-*bullying* que abrangeu todo o país e que teve uma repercussão muito grande<sup>3</sup>. Esse pesquisador, após analisar dados de 84 mil estudantes, evidenciou que um em cada sete estudantes estava envolvido em casos de *bullying*. Esse fato gerou uma campanha nacional, com o apoio do governo norueguês, que reduziu em torno de 50% o *bullying* nas escolas. Tais medidas tiveram muita repercussão e foram consideradas como tendo muito sucesso,

desencadeando outros estudos e campanhas semelhantes em outros países. Inicialmente, em especial no início da década de 1990, países europeus como Finlândia, Inglaterra, Irlanda e, posteriormente, diversos outros países do mundo também passaram a estudar e a desenvolver medidas e diretrizes de prevenção ao *bullying*<sup>4</sup>. Ao mesmo tempo, uma linha de pesquisa paralela também estava sendo desenvolvida no Japão. A palavra *ijime*, em japonês, seria equivalente à palavra inglesa *bullying*. Durante a década de 1980, várias pesquisas no Japão foram realizadas em relação ao *ijime*, e os pesquisadores japoneses acreditavam tratar-se de um fenômeno unicamente local<sup>4</sup>. Após um período em que houve uma diminuição das pesquisas, devido a relatos de professores que evidenciavam diminuição dos casos de *ijime*, uma onda de suicídios associados ao *bullying* no período de 1993 a 1995 fez com que as pesquisas ressurgissem e continuassem até os dias de hoje<sup>4</sup>.

Nos Estados Unidos, há diversas situações de extrema violência praticadas por estudantes nos quais há fortes indícios de envolvimento com *bullying*. O caso mais tradicionalmente relatado ocorreu em 1999, quando dois adolescentes foram responsáveis por um grande massacre no Instituto Columbine, no Estado do Colorado. Eles assassinaram a tiros 13 pessoas, deixando cerca de 20 feridos, e logo em seguida cometeram suicídio. Há relatos de que ambos os adolescentes vinham constantemente sendo vítimas de *bullying* há muito tempo na escola. Outro episódio, nos Estados Unidos, que causou bastante alarde e comoção, ocorreu em 2007 no Instituto Politécnico da Virgínia, quando um jovem promoveu um novo massacre assassinando 32 pessoas e deixando 23 feridos e, em seguida, cometendo suicídio. O autor do massacre, um estudante sul-coreano, relatou em detalhes em um manifesto enviado a uma rede televisiva as práticas de *bullying* a que vinha sendo submetido. No Brasil, para citar apenas alguns exemplos, em 2003, em Taiúva, no Estado de São Paulo, um ex-estudante de 18 anos invadiu a escola onde estudou portando uma arma. Esse jovem feriu oito pessoas e cometeu suicídio. Foi apurado que essa situação teria ocorrido em função dos repetidos maus-tratos que sofrera de colegas quando estudava naquela escola. Outra situação similar ocorreu em Remanso, em 2004, na Bahia, quando um aluno de 17 anos matou um colega e a professora de quem não gostava em função do *bullying* frequente que vinha sofrendo.

Apesar de haver uma grande quantidade de estudos sobre *bullying* ao redor do mundo e da gravidade da situação, no Brasil os estudos com *bullying* são recentes e começaram a surgir principalmente a partir do ano 2000<sup>1,5</sup>.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA) desenvolveu, entre 2002 e 2003, o “Programa de Redução de Comportamento Agressivo entre Estudantes”<sup>6</sup>. O objetivo desse programa foi avaliar a prevalência e as características associadas ao *bullying* escolar em 11 escolas públicas e particulares no Rio de Janeiro e ensinar e debater com os professores, pais e alunos formas de prevenção ao *bullying*<sup>6</sup>.

Outra iniciativa brasileira que cabe ressaltar é o “Programa Educar para a Paz”, que tem como objetivos o diagnóstico do *bullying* e a aplicação de estratégias e técnicas psicopedagógicas de intervenção

preventiva. Esse programa está baseado em referenciais teóricos tais como os valores humanos de cooperação, solidariedade, tolerância e respeito às diferenças<sup>5</sup>.

Mais recentemente, uma organização não governamental de origem inglesa presente em vários países do mundo, a PLAN Brasil, em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), desenvolveu a pesquisa “*Bullying* no Ambiente Escolar”. Esse estudo de abrangência nacional permitiu conhecer as situações de violência entre pares e de *bullying* em escolas brasileiras nas cinco regiões do país<sup>7</sup>. Faz parte desse projeto o “Programa Educar para a Paz”, em oito escolas municipais no Estado do Maranhão, como uma das ações da campanha global “Aprender sem Medo”, que visa erradicar a violência nas escolas e assegurar condições para que as crianças possam estudar com segurança e ter uma aprendizagem de qualidade, sem medo e sem serem ameaçadas com a violência escolar. Essa campanha pretende promover ações nacionais e locais para estimular a mudança de comportamento da sociedade em relação à violência nas escolas, especialmente o *bullying*.

## Definição

Apesar das várias definições, o *bullying* escolar pode ser definido como uma forma de violência na qual um estudante é sistematicamente exposto a um conjunto de atos agressivos, que ocorrem sem motivação aparente, mas de forma intencional, protagonizado por um ou mais estudantes, causando dor e sofrimento, e dentro de uma relação desigual de poder<sup>8,9,10</sup>. Essa relação desigual de poder pode ser em função da diferença de idade, tamanho, popularidade, desenvolvimento físico ou emocional ou do maior apoio dos demais estudantes<sup>1</sup>.

O *bullying* pode ser classificado como direto, quando as vítimas são atacadas diretamente, ou indireto, quando as vítimas estão ausentes. São considerados *bullying* direto os apelidos, agressões físicas, ameaças, roubos, ofensas verbais ou expressões e gestos que possam gerar mal-estar entre as vítimas<sup>1,11</sup>. Exemplos de *bullying* indireto compreendem atitudes de indiferença, difamação, exclusão e isolamento. De uma forma geral, meninos estão mais envolvidos em *bullying* direto e meninas mais envolvidas em *bullying* indireto<sup>12,13,14</sup>. O *bullying* indireto é de mais difícil identificação do que o *bullying* direto. Essa forma de violência no âmbito escolar costuma ocorrer mais frequentemente em locais nos quais não há a supervisão de um adulto, como nos pátios durante o recreio e nos corredores da escola<sup>15</sup>.

O *cyberbullying* é uma nova forma de manifestação do *bullying* e vem se tornando cada vez mais frequente devido ao aumento no uso de celulares e da internet por crianças e adolescentes. O *cyberbullying* envolve o uso da informação e da comunicação tecnológica para exercer comportamentos deliberados, repetidos e hostis por um indivíduo ou grupo, com a intenção de prejudicar os outros<sup>13,16,17</sup>. Essa forma de agressão virtual pode ocorrer via internet, através de *e-mails*, *chats* e redes sociais, ou via telefones celulares, através de torpedos, ligações, vídeos e fotos digitais<sup>16,17</sup>. É um meio de violência que rapidamente

se dissemina através dos meios eletrônicos/digitais, alcançando um número muito grande de pessoas. Além disso, o anonimato que a internet possibilita encoraja os agressores, já que eles se sentem protegidos das consequências de seus atos.

Pelo menos três categorias de indivíduos que estão diretamente envolvidos no *bullying* podem ser identificadas: os agressores, as vítimas e os agressores-vítimas<sup>18,19,20</sup>. Essas três categorias apresentam diferentes perfis psicossociais<sup>21</sup>.

Os agressores são os indivíduos que agem de forma agressiva contra um colega que é supostamente mais fraco, com a intenção de machucar, intimidar ou causar sofrimento sem ter havido provocação por parte da vítima. Os agressores tendem a ver seu comportamento como uma qualidade, tem opiniões positivas sobre si mesmo e geralmente são bem aceitos pelos colegas. São agressivos, inclusive com adultos, e costumam apresentar problemas de conduta. Sentem prazer e satisfação em dominar, controlar e causar dano aos outros e, geralmente, são mais fortes que suas vítimas<sup>1</sup>. Os agressores em geral são populares, temidos e respeitados e, por vezes, até admirados pelos colegas. Muitas vezes possuem um grupo de seguidores que atuam como auxiliares em suas agressões ou que são estimulados a agredir a vítima. Dessa forma, o agressor divide a sua responsabilidade com todos ou a transfere para seus seguidores, os quais raramente tomam a iniciativa da agressão. Esse grupo é constituído por indivíduos que são inseguros e se subordinam à liderança do agressor para se protegerem ou pelo prazer de pertencer ao grupo do agressor<sup>1</sup>.

As vítimas são os indivíduos que sofrem o *bullying* de forma repetida e durante algum tempo. Em geral, não dispõem de recursos, popularidade ou habilidades sociais para reagir ou cessar as agressões. Apresentam baixa autoestima, a qual é agravada pelas críticas dos adultos sobre sua vida ou comportamento, dificultando a possibilidade de ajuda. Esses indivíduos costumam ter poucos amigos, ser retraídos e muitas vezes ainda podem acreditar que são merecedores das agressões sofridas<sup>1,22</sup>. Algumas características físicas, comportamentais ou emocionais podem tornar o indivíduo mais vulnerável à vitimização e dificultar o seu relacionamento com o grupo de colegas<sup>21</sup>. Porém, é provável que os agressores escolham e utilizem possíveis diferenças como motivação para as agressões, sem que elas sejam, efetivamente, as causadoras da agressão<sup>1, 23, 24</sup>.

Os agressores-vítimas são aqueles que ora sofrem e ora praticam o *bullying*, mudando de papel de acordo com o momento e o contexto em que estão inseridos. Esse grupo de indivíduos partilha ambas as características dos agressores e das vítimas e se constitui no grupo com os maiores prejuízos<sup>12</sup>. Podem ser depressivos, inseguros e inoportunos, procurando humilhar os colegas para encobrir possíveis limitações<sup>1</sup>. Dentre os indivíduos envolvidos no *bullying*, os agressores-vítimas costumam apresentar os mais altos níveis de impulsividade, hiperatividade e desregulação emocional<sup>25</sup>. Além disso, diferenciam-se das vítimas típicas por serem os mais impopulares e terem os mais altos índices de rejeição entre colegas<sup>25</sup>.

Os envolvidos no *cyberbullying* costumam apresentar algumas peculiaridades em determinadas características. Os agressores virtuais não são necessariamente mais fortes do que suas vítimas. Eles são normalmente anônimos e não podem perceber o sofrimento e a humilhação que causam<sup>26</sup>. A maioria dos agressores virtuais conhece as suas vítimas, porém menos de um terço das vítimas virtuais conhece os seus agressores. As vítimas virtuais normalmente não relatam aos seus pais a ocorrência dessa forma de agressão por temerem perder o acesso aos seus próprios meios eletrônicos/digitais<sup>26</sup>.

Cabe salientar que a maior parte dos alunos não se envolve diretamente no *bullying*. Geralmente, a grande maioria dos alunos se cala por medo de ser a próxima vítima, por não saber como agir ou por não acreditar nas atitudes da escola em relação ao *bullying*. Os agressores podem interpretar esse clima de passividade como afirmação do seu poder, o que ajuda a acobertar e estimular a prevalência desses atos, transmitindo uma aparente tranquilidade para os adultos e para a escola<sup>1,27</sup>.

### Aspectos epidemiológicos

Vários estudos em diversos países têm investigado as prevalências de *bullying*, as quais apresentam uma grande variabilidade dependendo da definição utilizada para *bullying*, do critério de frequência utilizado para caracterizar o *bullying*, das fontes de informação, do sexo e da faixa etária da amostra e do país ou cultura onde o estudo foi realizado<sup>13,28</sup>.

Um estudo nos Estados Unidos que analisou dados de uma amostra representativa da população com 15.686 estudantes da 6ª à 10ª série verificou que 29,9% dessa população apresentava envolvimento moderado a frequente com *bullying*. Desses, 13% eram agressores, 10,6% eram vítimas e 6,3% eram agressores-vítimas<sup>9</sup>.

Craig et al.<sup>29</sup> realizaram um estudo com 40 países, incluindo vários países europeus, Estados Unidos, Canadá e Israel, que avaliou a prevalência de *bullying* e vitimização em 202.056 meninos e meninas entre 11 e 15 anos. Esse estudo demonstrou que a prevalência do envolvimento em *bullying* como agressor, vítima ou agressor-vítima variou de 8,6% na Suécia a 45,2% na Lituânia. Da amostra total, 10,7% eram agressores, 12,6% eram vítimas e 3,6% eram agressores-vítimas.

Na Coreia do Sul, um estudo com 1.756 estudantes verificou que 40% da amostra apresentava envolvimento com *bullying* como vítima (14%), agressor (17%) ou agressor-vítima (9%)<sup>30</sup>. Os subtipos mais comuns de vitimização foram: exclusão (24%), abuso verbal (22%), coerção (20%) e abuso físico (16%). Nesse estudo, meninos foram mais envolvidos em *bullying* do que meninas e as prevalências de *bullying* foram maiores em estudantes com baixa ou alta renda e provenientes de famílias com pais separados.

Analitis et al.<sup>31</sup> avaliaram a prevalência de vitimização em 16.210 crianças e adolescentes em 11 países europeus. Esse estudo encontrou uma prevalência média de 20,6% para vitimização que variou de 10,5% na Hungria até 29,6% no Reino Unido. A idade mais precoce, o baixo nível de educação dos pais, a

obesidade ou sobrepeso, os problemas psiquiátricos e o pobre suporte social foram todos fatores associados a taxas mais altas de vitimização. Os autores do estudo concluíram que, apesar da grande variabilidade nas prevalências, observou-se uma considerável similaridade nos fatores associados à vitimização entre os países envolvidos no estudo.

Um estudo que analisou a prevalência de vitimização em 104.614 estudantes em 19 países com baixa ou média renda verificou que 34,2% haviam sofrido *bullying* pelo menos 1 dia no último mês<sup>28</sup>. Destes, 5,5% tinham sofrido *bullying* entre 10-19 dias; 2,9%, entre 20 e 29 dias; e 7,9%, todos os dias no último mês. A prevalência de vitimização variou de 7,8% no Tajiquistão a 60% na Zâmbia.

Geralmente, as prevalências de *bullying* diminuem com a idade, observando-se tipicamente crianças mais novas sendo mais frequentemente vitimizadas por crianças mais velhas<sup>10</sup>. Estudos também sugerem que há um aumento nas prevalências de *bullying* na transição entre o ensino fundamental e o ensino médio, o que poderia ser compreendido, entre outros fatores, como devido a mudanças na hierarquia social escolar<sup>32</sup>. Quanto às diferenças em relação ao gênero, meninos costumam estar mais envolvidos com *bullying* de uma forma geral e meninas tendem a utilizar mais métodos indiretos de *bullying*, como isolamento, exclusão e falsos boatos<sup>33,34</sup>.

No Brasil, como um dos trabalhos pioneiros, podemos citar a pesquisa desenvolvida com cerca de 2.000 alunos em São José do Rio Preto, São Paulo, que evidenciou que 49% dos estudantes estavam envolvidos com a prática de *bullying*, sendo 22% como vítimas, 15% como agressores e 12% como agressores-vítimas<sup>5</sup>.

A ABRAPIA realizou uma pesquisa no período de 2002/2003 com 5.482 alunos da 5ª à 8ª série do ensino fundamental em 11 escolas da cidade do Rio de Janeiro e verificou que 40,5% dos alunos admitiram envolvimento em atos de *bullying*, sendo 16,9% como alvos, 12,7% como autores e 11,9% como alvos e autores<sup>6</sup>.

A PLAN Brasil desenvolveu uma pesquisa com 5.168 estudantes de escolas públicas e privadas, da 5ª à 8ª série, na qual foram selecionadas cinco escolas de cada uma das cinco regiões geográficas do país. Esse estudo demonstrou que o *bullying*, caracterizado como prática de maus-tratos entre colegas de escola, repetidos com frequência superior a três vezes durante o ano letivo, foi praticado e sofrido por cerca de 10% do total de alunos, sendo mais comum nas regiões Sudeste e Centro-Oeste do país. Essa pesquisa também demonstrou que, em relação ao *cyberbullying*, 16,8% são vítimas, 17,7% são agressores e apenas 3,5% são agressores-vítimas. O envio de *e-mails* maldosos foi o tipo de agressão virtual mais comum tanto em meninos quanto em meninas<sup>7</sup>.

Um estudo transversal realizado entre estudantes da 9ª série do ensino fundamental, em escolas públicas e privadas, avaliou a prevalência de ser vítima de *bullying* em 69.973 escolares de 1.453 escolas públicas e privadas em 26 capitais dos Estados brasileiros e do Distrito Federal<sup>2</sup>. Esse estudo verificou que

5,4% dos estudantes relataram ter sofrido *bullying* sempre ou quase sempre nos últimos 30 dias. A capital com maior frequência de *bullying* foi Belo Horizonte (6,9%), e a com menor frequência foi Palmas (3,5%). Porto Alegre apresentou uma prevalência de 4,7%. De uma forma geral, meninos sofreram mais *bullying* em relação às meninas e não houve diferenças significativas entre as escolas públicas e privadas, nem em relação à cor/raça ou escolaridade materna.

Um estudo transversal aninhado a uma coorte em Pelotas, no Rio Grande do Sul, com 1.075 estudantes da 1ª à 8ª série, verificou que 17,6% dos alunos sofreram pelo menos dois episódios de *bullying* no último mês<sup>35</sup>. A maioria das agressões ocorreu no pátio da escola (55,1%), sendo que 75,1% foram verbais, 62,4% físicas, 23,8% emocionais, 6,3% racistas e 1,1% sexuais. Entre as vítimas, 47,1% revelaram já ter provocado *bullying* na escola. Após ajuste para possíveis fatores de confusão, ter sofrido *bullying* se manteve associado com o sexo masculino, com hiperatividade e com problemas de relacionamento.

Um recente estudo que avaliou 2.352 estudantes, entre 9 e 18 anos, em seis escolas de Porto Alegre, verificou que 22,9% das crianças e adolescentes apresentavam envolvimento frequente, isto é, mais de uma vez por semana, com *bullying*, seja no papel de agressor (7,6%), vítima (5,7%) ou agressor-vítima (9,6%)<sup>36</sup>. Nesse estudo, os meninos apresentavam maior envolvimento com *bullying* como agressor ou agressor-vítima do que as meninas e não houve diferenças significativas quanto ao sexo no que diz respeito à vitimização. Em relação à faixa etária, o grupo das crianças apresentava maior envolvimento com *bullying* como vítimas e como agressores-vítimas em comparação com o grupo de adolescentes, o qual apresentava maior envolvimento com *bullying* no papel de agressores.

Cabe salientar que a grande variabilidade dos dados epidemiológicos, tanto no Brasil como em outros países, acaba limitando a comparação entre os resultados dos diferentes estudos. De qualquer forma, a grande maioria dos estudos relata que o envolvimento com *bullying* escolar é um fenômeno bastante comum na infância e adolescência. O *bullying* está presente tanto em escolas públicas quanto privadas e resulta em uma série de prejuízos tanto para os estudantes e seus familiares quanto para as escolas e seus profissionais e para a sociedade como um todo.

### ***Bullying* e associação com psicopatologia**

Por muito tempo o *bullying* foi considerado uma ocorrência normal e esperada na interação entre os estudantes, não estando associado a prejuízos nos indivíduos envolvidos nessa prática. Porém, pesquisas têm demonstrado o contrário e evidenciam uma ampla gama de prejuízos e uma alta prevalência de problemas psiquiátricos associados ao *bullying*<sup>9,12</sup>.

Dentre os envolvidos com o *bullying*, os grupos das vítimas, dos agressores e dos agressores-vítimas estão todos associados à psicopatologia<sup>37,38</sup>. Porém, de uma forma geral, tais grupos apresentam diferentes perfis de sintomas e transtornos psiquiátricos entre si<sup>39</sup>.



O grupo das vítimas está principalmente associado a problemas internalizantes, tais como: sintomas psicossomáticos<sup>40,41</sup>, ansiedade e depressão<sup>38,42,43,44</sup>, comportamento suicida<sup>42,45,46,47</sup>, baixa autoestima e solidão<sup>9,38</sup> e isolamento social<sup>48</sup>. Porém, uma incidência mais alta de comportamentos relacionados à violência também tem sido associada à vitimização<sup>49,50</sup>. Além disso, vítimas de *bullying* apresentam um risco maior para o desenvolvimento de sintomas psicóticos do que indivíduos não envolvidos com *bullying*<sup>51,52,53</sup>.

O grupo dos agressores está mais associado a apresentar alterações de conduta relacionadas à agressividade<sup>54,55,56</sup> e ao comportamento antissocial<sup>57</sup>, sintomas de desatenção e hiperatividade<sup>58,59,60</sup>, falta de autocontrole e empatia<sup>61,62</sup> e dependência/abuso de substâncias<sup>63,64,65,66</sup>. Além dos problemas externalizantes, esse grupo também pode apresentar um risco aumentado para problemas internalizantes, tais como ansiedade, depressão e comportamento suicida<sup>45</sup>.

Dentre os grupos envolvidos no *bullying*, o grupo dos agressores-vítimas parece apresentar o maior risco para problemas psiquiátricos. Esse grupo apresenta a maior intensidade de problemas de ajustamento entre todos os envolvidos com o *bullying*, apresentando tanto problemas internalizantes quanto externalizantes<sup>12,43,63,67</sup>. Além do mais, agressores-vítimas apresentam uma probabilidade mais alta de serem encaminhados para consultas psiquiátricas<sup>60</sup> e de terem utilizado serviços de saúde mental alguma vez ao longo da vida<sup>68</sup>.

De particular importância é a relação entre *bullying* e ansiedade, já que os transtornos de ansiedade estão entre os diagnósticos mais frequentes na infância e adolescência e estão associados com o desenvolvimento de psicopatologia na vida adulta<sup>69,70</sup>. Estudos prévios têm demonstrado a associação entre ansiedade e transtornos de ansiedade com *bullying*, principalmente no grupo das vítimas e no grupo dos agressores-vítimas, os quais costumam apresentar taxas mais elevadas de sintomas e transtornos psiquiátricos em comparação aos não envolvidos com *bullying*<sup>50,71,72,73,74,75</sup>. Achados em relação ao grupo dos agressores e ansiedade são menos consistentes. Embora alguns estudos não demonstrem uma associação entre envolvimento no *bullying* como agressor com sintomas e transtornos de ansiedade<sup>50,67,73</sup>, outros estudos têm demonstrado que agressores, e não apenas vítimas, apresentam taxas mais elevadas de ansiedade<sup>64,76</sup>. Algumas pesquisas evidenciam que o grupo dos agressores-vítimas, entre os grupos envolvidos no *bullying*, está associado ao maior risco de apresentar ansiedade<sup>50,64</sup>. Um estudo brasileiro, que avaliou a relação entre ansiedade e *bullying*, verificou que vítimas e agressores-vítimas apresentavam taxas mais elevadas de sintomas de ansiedade em relação ao grupo de agressores e ao grupo de não envolvidos com *bullying*, os quais não apresentavam diferenças entre si<sup>36</sup>.

### **Prevenção e manejo do *bullying***

Os programas anti-*bullying* devem ser planejados e estruturados para compreenderem as escolas como sistemas dinâmicos e complexos levando em conta as características sociais, econômicas e culturais

de cada escola. A escola deve ser encorajada a traçar um panorama do *bullying* no seu ambiente para determinar a prevalência e a gravidade do problema. O envolvimento de professores, funcionários, pais e alunos é fundamental para a implementação de projetos anti-*bullying*. A participação de todos os envolvidos é crucial para o estabelecimento de regras, diretrizes e ações uniformes e coerentes. Tais medidas devem priorizar a conscientização geral dessa forma de violência, bem como o apoio às vítimas de *bullying*, fazendo com que se sintam compreendidas e protegidas. Além disso, a conscientização e a utilização de medidas educativas dos agressores sobre a natureza de suas ações e a garantia de um ambiente seguro também devem ser prioridades<sup>1</sup>.

Um dos programas mais bem conceituados é o “Programa de Prevenção ao *Bullying*”, que foi desenvolvido por Dan Olweus<sup>77</sup>. Nessa abordagem, o foco é baseado na escola inteira, e não apenas nos envolvidos diretamente no *bullying*, como os agressores ou as vítimas. Parte-se da premissa de que o *bullying* é um problema sistêmico, que ocorre em contextos variados, abrangendo alunos, professores, pais, a escola e a comunidade como um todo. Essa intervenção contém múltiplas estratégias que envolvem uma participação ativa do diretor da escola durante todo o processo de intervenção e uma abordagem multifacetada e compreensiva do *bullying*. Essa abordagem deve instituir medidas tais como: (1) uma política abrangente e clara para a escola combater o *bullying* nas suas mais diversas formas; (2) fornecimento de treinamento básico para os professores, funcionários e alunos sobre as atitudes específicas a serem tomadas quando da ocorrência de episódios de *bullying*; (3) educação e envolvimento dos pais para que possam compreender o problema, reconhecer os sinais e intervir adequadamente; (4) adaptação de estratégias específicas para lidar com os agressores e com as vítimas, envolvendo a inclusão dos pais; (5) encorajamento dos alunos para denunciarem colegas agressores para apoiarem colegas vítimas de *bullying*; (6) utilização de medidas que aumentem a supervisão pelos adultos, que podem incluir a presença física mais constante por parte de um adulto ou através de monitorização por equipamentos eletrônicos; (7) realização de estudos pré e pós-intervenção visando confirmar o impacto que as estratégias anti-*bullying* tiveram na escola.

Avaliações iniciais demonstraram que o “Programa de Prevenção ao *Bullying*” de Olweus esteve associado com reduções significativas do *bullying* escolar<sup>4</sup>. A vitimização diminuiu de 10% para 3,6% e a ocorrência de praticar *bullying* diminuiu de 7,6% para 3,6%<sup>77</sup>. Um seguimento de 5 anos dessa intervenção na Noruega demonstrou que essas taxas de melhora se mantiveram estáveis ao longo desse período. A utilização desse programa anti-*bullying* em outros países apresentou resultados eficazes, porém inferiores ao estudo original, o que pode ser decorrente de modificações do protocolo original.

Uma recente metanálise que avaliou 44 diferentes programas anti-*bullying* demonstrou que geralmente esses programas são eficazes, com diminuição nas taxas de *bullying* ao redor de 20-25% e nas taxas de vitimização ao redor de 17-20%<sup>78</sup>. Esses autores identificaram elementos específicos dentre os estudos que seriam associados à diminuição do *bullying* escolar. Programas baseados no “Programa de Prevenção ao *Bullying*” de Olweus, mais intensos e com duração mais longa, e encontros com os pais

estiveram associados a uma maior eficácia. Dentre os componentes específicos de cada programa associados a uma maior eficácia destacaram-se treinamento e reuniões com pais e professores, métodos disciplinares rígidos, uso de materiais audiovisuais, maior supervisão nos recreios, regras escolares claras e palestras e conferências sobre violência escolar.

As políticas de tolerância zero utilizadas isoladamente são ineficazes na redução do *bullying*. Essas políticas resultam em taxas mais elevadas de suspensão e expulsão escolar, mas não estão associadas com um aumento consistente da disciplina escolar. A suspensão está associada a uma maior probabilidade de novas suspensões e expulsão e em um aumento de comportamentos desviantes. Os estudantes costumam ver as suspensões e as expulsões como ineficazes, e estudos avaliando políticas de tolerância zero mostraram-se inconclusivos. Não há evidências de que essa forma de estratégia, como atualmente empregada, melhore as taxas de violência escolar<sup>15</sup>.

Uma abordagem que vem demonstrando resultados promissores no tratamento do *bullying* é uma forma de psicoterapia psicanalítica chamada de terapia da mentalização<sup>79</sup>. Essa abordagem psicoterápica tem como foco o desenvolvimento da capacidade de mentalização, a qual é uma atividade mental predominantemente pré-consciente que capacita o indivíduo a compreender e interpretar a si mesmo e ao outro em termos de estados subjetivos e de processos mentais. Essa capacidade estaria vinculada a experiências precoces de ter sido adequadamente compreendido dentro de um contexto de uma relação de apego primitiva. Essa terapia tem o potencial de recriar uma matriz de apego na qual a mentalização poderá ocorrer.

Conforme assinala Bassols<sup>80</sup>, segundo essa teoria, as crianças e os adolescentes violentos foram criados em famílias na quais houve uma falha na capacidade dos pais ou dos cuidadores de reconhecer o filho como um indivíduo, pois, para desenvolver-se adequadamente, o bebê necessitaria experimentar a existência da mente da mãe pensando/imaginando sobre a mente do bebê separado. Em vez disso, a criança tornou-se mais uma peça no conflito familiar, não sendo capaz, portanto, de reconhecer o outro ou a si mesma como alguém pensante, merecedor de atenção, com um funcionamento psíquico adequado. A incapacidade de mentalizar pode prejudicar o desenvolvimento da identidade e o sentimento de responsabilidade por suas próprias ações, interferindo na percepção das consequências de suas ações.

Baseado nessa premissas, criou-se um programa anti-*bullying* no qual um dos objetivos é aprimorar a capacidade de mentalização de todos os membros da comunidade escolar<sup>81</sup>. Um estudo piloto realizado em uma escola, ao longo de 4 anos, avaliou a eficácia desse programa e comparou com uma escola controle que não recebeu a intervenção. Os pressupostos dessa abordagem incluem que os agressores, as vítimas e as testemunhas sejam abordados simultaneamente sem a atribuição de patologia a nenhum indivíduo. Ao final do estudo, observou-se uma melhora no desempenho acadêmico e uma redução das suspensões e de outras infrações disciplinares graves. Os professores relataram que muitas crianças previamente consideradas passivas e vítimas frequentes de agressões tornaram-se mais verbais e expressivas ao longo

do programa. Também foi relatada uma maior capacidade de reflexão por parte dos alunos, que tornaram-se menos reativos e desenvolveram uma gama maior de respostas que não incluía *bullying*, coerção ou retraimento ansioso-depressivo<sup>81</sup>.

## Considerações finais

O *bullying* é uma condição altamente prevalente e está associado com importantes prejuízos a curto e longo prazo na saúde física e mental em crianças e adolescentes. A associação do *bullying* com psicopatologia está presente em todos os envolvidos com essa prática, seja como vítimas, agressores ou como agressores-vítimas. Essa associação assume uma via bidirecional na qual tanto a psicopatologia de base pode levar o indivíduo a se envolver com o *bullying* quanto o contrário, ou seja, o envolvimento com *bullying*, por exemplo, o fato de ser vítima de *bullying*, desencadear o desenvolvimento de transtornos/sintomas psiquiátricos.

A escola tem um papel fundamental no desenvolvimento das crianças e adolescentes. Quando o *bullying* é detectado, tanto os profissionais da educação quanto os profissionais da saúde mental devem estar cientes de que o envolvimento com *bullying* é um forte indicador de psicopatologia e que ações adequadas deveriam ser implementadas no intuito de prevenir e identificar o *bullying* nas escolas e de se ter um plano de ação voltado para os envolvidos e seus familiares. Pais e profissionais de saúde deveriam incentivar o desenvolvimento de intervenções anti-*bullying* e de prevenção de violência nas escolas, que deveriam iniciar nos primeiros anos da educação fundamental e persistir ao longo do currículo escolar. O envolvimento dos professores, funcionários, alunos e pais é fundamental para a realização de projetos de redução de *bullying*.

A redução da prevalência de *bullying* nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva para o século XXI e trazer um impacto positivo na redução dos problemas relacionados à saúde mental em crianças e adolescentes. A sua prevalência e gravidade devem servir de estímulo para os pesquisadores continuarem a investigar os riscos e os fatores de proteção associados com a iniciação, manutenção e interrupção desse tipo de comportamento agressivo. Os conhecimentos adquiridos com os estudos devem ser utilizados como fundamentação para orientar e direcionar a formulação de políticas públicas e para delinear as técnicas multidisciplinares de intervenção que possam reduzir esse problema de forma eficaz. Cabe lembrar, também, que é imprescindível a prática da tolerância, do respeito e da solidariedade nas relações entre os adultos para que as crianças e os adolescentes possam introjetar valores morais e éticos capazes de formar uma geração de indivíduos mais comprometidos consigo mesmos, com os outros e com a sociedade em geral.

## Referências

1. Lopes Neto AA. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81 Suppl 5:S164-72.
2. Malta DC, Silva MA, Mello FC, Monteiro RA, Sardinha LM, Crespo C, et al. Bullying in Brazilian schools: results from the National School-based Health Survey (PeNSE), 2009. *CienSaude Colet*. 2010;15:3065-76.
3. Olweus D. *Bullying in school: what we know and what we can do*. Oxford: Blackwell; 1993.
4. Smith PK, Brain P. Bullying in schools: lessons from two decades of research. *AgressBehav*. 2000;26;1-9.
5. Fante C. *Fenômeno bullying: como prevenir a violência escolar e educar para a paz*. São Paulo: Verus; 2005.
6. Lopes Neto AA, Saavedra LH. *Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio De Janeiro: ABRAPIA; 2003.
7. Plan Brasil. *Pesquisa: Bullying no ambiente escolar*. Brasil. 2009. Disponível em:<http://www.aprendersemmedo.org.br/>. Acessado: jan. 2014.
8. Liu J, Graves N. Childhood bullying: a review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nurs*. 2011;28:556-68.
9. Nansel TR, Overpeck M, Pilla RS, Ruan WJ, Simons-Morton B, Scheidt P. Bullying behaviors among US youth: prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA*. 2001;285:2094-00.
10. Olweus D. Bullying at school: basic facts and effects of school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*. 1994;35:1171-90.
11. Lamb J, Pepler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Can Fam Physician*. 2009;55:356-60.
12. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘much ado about nothing’? *Psychol Med*. 2010;40:717-29.
13. Griffin RS, Gross AM. Childhood bullying: current empirical findings and future directions for research. *Agress Violent Behav*. 2004;9:379-400.
14. Scheithauer H, Hayer T, Petermann F, Jugert G. Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: age trends, gender differences, and correlates. *Aggress Behav*. 2006;32:261-75.
15. Shetgiri R. Bullying and victimization among children. *Advances in Pediatrics*. 2013;60:33-51.
16. Lisboa C, Braga LL, Ebert G. O fenômeno bullying ou vitimização entre pares na atualidade: definições, formas de manifestação e possibilidades de intervenção. *ContextosClínic*. 2009;2:59-71.
17. Willians SG, Godfrey AJ. What is cyberbullying & how can psychiatric-mental health nurses recognize it? *J PsychosocNursMent Health Serv*. 2011;49:36-41.
18. Austin S, Joseph S. Assessment of bully/victims problems in 8 to 11 years-old’s. *Br J Educ Psychol*. 1996;66:447-56.
19. Bowers L, Smith PK, Binney V. Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *J SocPersRelat*. 1994;11:215-32.
20. Wolke D, Woods S, Bloomfield L, Karstadt L. The association between direct and relational bullying and behavior problems among primary school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41:989-1002.
21. Georgiou SN, Stavrinides P. Bullies, victims and bully-victims: psychosocial profiles and attribution styles. *SchPsychol Int*. 2008;29:574-89.

22. Smith PK, Talamelli L, Cowie H, Naylor P, Chauhan P. Profiles of non-victims, escaped victims, continuing victims and new victims of school bullying. *Br J Educ Psychol.* 2004;74:565-81.
23. Eslea M, Rees J. At what age are children most likely to be bullied at school? *Aggress Behav.* 2001;27:419-29.
24. Salmivalli C, Karhunen J, Lagerspetz KMJ. How do the victims respond to bullying? *AgressBehav.* 1998;22:99-109.
25. Tlobin RL, Schwartz D, Gorman AH, Abou-ezzedine T. Social-cognitive and behavioral attributes of aggressive victims of bullying. *Appl Dev Psychol.* 2005;26:329-46.
26. Kiriakidis SP, Kavoura A. Cyberbullying: a review of the literature on harassment through the internet and others electronic means. *Fam Community Health.* 2010;339(2):82-93.
27. Berger KS. Update on bullying at school. Science forgotten? *Dev Rev.* 2007;27:90-126.
28. Fleming LC, Jacobsen KH. Bullying among middle-school students in low and middle income countries. *Health Promot Int.* 2010;25:73-84.
29. Craig W, Harel-Fisch Y, Fogel-Grinvald H, Dostaler S, Hetland J, Simons-Morton B, et al. A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *Int J Public Health.* 2009;54:216-24.
30. Kim YS, Koh YJ, Leventhal BL. Prevalence of school bullying in Korean middle school students. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:737-41.
31. Analitis F, Velderman MK, Ravens-Sieber U, Detmar S, Erhart M, Herdman M, et al. Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years in 11 European countries. *Pediatrics.* 2009;123:569-77.
32. Pellegrini AD, Long J. A longitudinal study of bullying, dominance, and victimization during the transition from primary to secondary school. *Br J Dev Psychol.* 2002;20:259-80.
33. Bjorkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A. Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *AgressBehav.* 1992;117-27.
34. Lagerspetz KMJ, Bjorkqvist KL, Peltonen T. Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11- to 12-years old children. *AgressBehav.* 1988;14:403-14.
35. Moura DR, Cruz AC, Quevedo LA. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. *J Pediatr (Rio J).* 2011;87:19-23.
36. Isolani L, Salum GA, Osowski AT, Zottis GH, Manfro GG. Victims and bully-victims but not bullies are groups associated with anxiety symptomatology among Brazilian children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2013;22(10):641-48.
37. Dao TK, Kerbs JJ, Rollin SA, Potts I, Gutierrez R, Choi K, et al. The association between peer aggression dynamics and psychological distress. *J Adolesc Health.* 2006;39:277-82.
38. Hawker DS, Boulton MJ. Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;41:441-55.
39. Ybrant H, Armelius K. Peer aggression and mental health problems: self-esteem as a mediator. *SchPsychol Int.* 2010;31:146-63.
40. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2009;123:1059-65.

41. Nordhagen R, Nielsen A, Stigum H, Kohler L. Parental reported peer aggression among nordic children: a population-based study. *J Health Psychol.* 2005;31:693-701.
42. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Br Med J.* 1999;319:348-51.
43. Menesini, E, Modena, M, Tani F. Bullying and victimization in adolescence: concurrent and stable roles and psychological health symptoms. *J Genet Psychol* 2009;170:115-33.
44. Salmon G, James A, Smith DM. Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *Br Med J.* 1998;317:924-5.
45. Brunstein-Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying behavior, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:40-9.
46. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health.* 2008;20:133-54.
47. Winsper C, Lereya T, Zanarini M, Wolke D. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:271-82.
48. Bierman KL, Wargo JB. Predicting the longitudinal course associated with aggressive-rejected, aggressive (nonrejected), and rejected (nonaggressive) status. *Dev Psychopathol.* 1995;7:669-82.
49. Nansel TR, Overpeck M, Haynie DL, Ruan WJ, Scheidt PC. Relationships between peer aggression and violence among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;157:348-53.
50. Sourander A, Jensen P, Ronning JA, Elonheimo H, Niemela S, Helenius H, et al. Childhood bullies and victims and their risk of criminality in late adolescence: the finnish from a boy to a man study. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161:546-52.
51. Campbell ML, Morrison AP. The relationship between bullying, psychotic-like experiences and appraisals in 14-16 years olds. *Behav Res Ther.* 2007;45:1579-91.
52. Lataster T, van Os J, Drukker M, Henquet C, Feron F, Gunther N, et al. Childhood victimization and developmental expression of non-clinical delusional ideation and hallucinatory experiences: victimization and non-clinical psychotic experiences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41:423-8.
53. Schereier A, Wolke D, Thomas K, Horwood J, Hollis C, Gunnel D, et al. Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:527-36
54. Kokkinos CM, Panayiotou G. Predicting bullying and victimization among early adolescents: associations with disruptive behavior disorders. *AgressBehav.* 2004;30:520-33.
55. Rusby JC, Forrester KK, Biglan A, Metzler CW. Relationships between peer harassment and adolescent problem behaviors. *J Earl Adolesc.* 2005;25:453-77.
56. Viding E, Simmonds E, Petrides KV, Frederickson N. The contribution of callous-unemotional traits and conduct problems to bullying in early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:471-81.
57. Coolidge FL, Den Bôer JW, Segal DL. Personality and neuropsychological correlates of peer aggression behaviour. *Pers Ind Diff.* 2004;36:1559-69.
58. Bacchini D, Affuso G, Trotta T. Temperament, ADHD and peer relations among schoolchildren: the mediating role of school bullying. *AgressBehav.* 2008;34:447-59.
59. Gini G. Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *J Paediatr Child Health.* 2008;44:492-7.

60. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almqvist F, Kresanov K, Linna SL, et al. Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse Negl.* 1998;22:705-17.
61. Baldry AC, Farrington DP. Bullies and delinquents: personal characteristics and parental styles. *J Community Appl Soc Psychol.* 2000;10:17-31.
62. Unnever JD, Cornell DG. Peer aggression, self-control, and ADHD. *J Int Violence.* 2003;18:129-47.
63. Forero R, McLellan L, Rissel C, Bauman A. Bullying behavior and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *BrMed J.* 1999;319:344-8
64. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. Bullying at school – an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc.* 2000;23:661-74.
65. Smith BJ, Phongsavan P, Bauman AE, Havea D, Chey T. Comparison of tobacco, alcohol and illegal drug usage among school students in three Pacific Island Societies. *Drug Alcohol Depend.* 2007;88:9-18.
66. Topper LR, Castellanos-Ryan N, Mackie C, Conrod PJ. Adolescent bullying victimization and alcohol-related problem behaviour mediated by coping drinking motives over a 12 month period. *Addic Behav.* 2011;36:6-13.
67. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics.* 2003;112:1231-37.
68. Kumpulainen K, Rasanen E, Puura K: Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggress Behav.* 2001;27:102-10.
69. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2005;14:631-48.
70. Isolani LR, Blaya C, Kipper L, Maltz S, Heldt E, Manfro GG. Ansiedade na infância: implicações para psicopatologia no adulto. *Rev Psiquiatr Rio GdSul.* 1999;21:221-7.
71. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *Br Med J.* 2001;323:480-4.
72. Fekkes M, Pijpers FI, Fredriks AM, Vogels T, Verloove-Vanhorick SP. Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics.* 2006;117:1568-74.
73. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying behavior and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *J Pediatr.* 2004;144:17-22.
74. Grills AE, Ollendick TH. Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2002;31:59-68.
75. WienkeTutura CM, Green AE, Karver MS, Gesten EL. Multiple informants in the assessment of psychological, behavioral, and academic correlates of bullying and victimization in middle school. *J Adolesc.* 2009;32:193-211.
76. Duncan RD. Peer and sibling aggression: an investigation of intra-and extra-familial bullying. *J Interpersonal Viol.* 1999;14:871-86.
77. Olweus D, Limber SP. Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus bullying prevention program. *Am J Orthopsychiatry.* 2010;80(1):124-34.
78. Ttofi MM, Farrington DP. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review. *J ExpCriminol.* 2011;7:27-56.
79. Fonagy P, Target M. Attachment and reflexive function: their role in self organization. *DevPsychopatol* 1997;9(4):679-700.
80. Bassols AMS. O fenômeno bullying na adolescência. *Revista de Psicanálise da SPPA.* 2011;18(3):565-79.



81. Twemlow SW, Fonagy P, Sacco FC, Gies ML, Evans R, Ewbank R. Creating a peaceful school learning environment: a controlled study of an elementary school intervention to reduce violence. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):808-10.

### **Correspondência**

*Luciano Isolan*

Av. Taquara, 386/805

Porto Alegre – RS

isolan@cpovo.net

Submetido em: 19/01/2014

Solicitação de reformulações em: 14/04/2014

Retorno do autor em: 04/05/2014

Aceito em: 28/05/2014