

## **Bullying – comportamento agressivo entre estudantes**

### *Bullying – aggressive behavior among students*

**Aramis A. Lopes Neto\***

#### **Resumo**

**Objetivo:** Alertar os pediatras sobre a alta prevalência da prática de *bullying* entre estudantes, conscientizando-os da importância de sua atuação na prevenção, diagnóstico e tratamento dos possíveis danos à saúde e ao desenvolvimento de crianças e adolescentes, além da necessidade em orientar as famílias e a sociedade para o enfrentamento da forma mais freqüente de violência juvenil.

**Fonte de dados:** Foram acessados bancos de dados bibliográficos e páginas de relevância na Internet, identificando-se artigos e textos recentes sobre o tema.

**Síntese dos dados:** O comportamento agressivo entre estudantes é um problema universal, tradicionalmente admitido como natural e freqüentemente ignorado ou não valorizado pelos adultos. Estudos realizados nas 2 últimas décadas demonstraram que a sua prática pode ter conseqüências negativas imediatas e tardias para todas as crianças e adolescentes direta ou indiretamente envolvidos. A adoção de programas preventivos continuados em escolas de educação infantil e de ensino fundamental tem demonstrado ser uma das medidas mais efetivas na prevenção do consumo de álcool e drogas e na redução da violência social.

**Conclusão:** A prevenção do *bullying* entre estudantes constitui-se em uma necessária medida de saúde pública, capaz de possibilitar o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes, habilitando-os a uma convivência social sadia e segura.

*J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S164-S172: Violência escolar, violência juvenil.*

#### **Introdução**

A violência é um problema de saúde pública importante e crescente no mundo, com sérias conseqüências individuais e sociais<sup>1-4</sup>, particularmente para os jovens, que aparecem nas estatísticas como os que mais morrem e os que mais matam<sup>5</sup>.

Hoje em dia, é consenso que a violência pode ser evitada, seu impacto minimizado e os fatores que contri-

#### **Abstract**

**Objective:** To warn pediatricians about the high prevalence of bullying among students, to raise their awareness about the importance of their action in the prevention, diagnosis, and treatment of possible damage to children's health and development, and about the necessity to instruct families and society on how to face the most frequent form of youth violence.

**Source of data:** Bibliographic databases and relevant Internet sites were searched for recent articles and texts about the theme.

**Summary of the findings:** Aggressive behavior among students is a universal problem, traditionally accepted as natural and usually disregarded or not given proper attention by adults. Studies carried out during the past two decades showed that bullying can have immediate and late negative outcomes for children and adolescents who are directly or indirectly involved. The adoption of continued preventive programs in grade schools and in junior high schools has demonstrated to be one of the most effective measures for the prevention of alcohol and drug consumption and for the reduction of social violence.

**Conclusion:** The prevention of bullying among students represents an essential public health measure that may allow for total children's development, qualifying them for a healthy and safe social coexistence.

*J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S164-S172: School violence, juvenile violence.*

buem para respostas violentas mudados. Segundo Debarbieux & Blaya<sup>6</sup>, não se trata de uma questão de fé, mas de uma afirmação baseada em evidências. Exemplos bem sucedidos podem ser encontrados em todo o mundo, desde trabalhos individuais e comunitários em pequena escala, até políticas nacionais e iniciativas legislativas.

Uma das formas mais visíveis da violência na sociedade é a chamada violência juvenil, assim denominada por ser cometida por pessoas com idades entre 10 e 21 anos<sup>7,8</sup>. Grupos em que o comportamento violento é percebido antes da puberdade tendem a adotar atitudes cada vez mais agressivas, culminando em graves ações na adolescência e na persistência da violência na fase adulta<sup>4,7,9,10</sup>.

Quando abordamos a violência contra crianças e adolescentes e a vinculamos aos ambientes onde ela ocorre,

\* Sócio Fundador Associação da Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA). Coordenador do Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes. Diretor da Diretoria dos Direitos da Criança da SOPERJ. Médico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

**Como citar este artigo:** Lopes Neto AA. *Bullying – comportamento agressivo entre estudantes*. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5 Supl):S164-S172.

a escola surge como um espaço ainda pouco explorado, principalmente com relação ao comportamento agressivo existente entre os próprios estudantes. A violência nas escolas é um problema social grave e complexo e, provavelmente, o tipo mais freqüente e visível da violência juvenil<sup>9,11-13</sup>.

O termo "violência escolar" diz respeito a todos os comportamentos agressivos e anti-sociais, incluindo os conflitos interpessoais, danos ao patrimônio, atos criminosos, etc. Muitas dessas situações dependem de fatores externos, cujas intervenções podem estar além da competência e capacidade das entidades de ensino e de seus funcionários. Porém, para um sem número delas, a solução possível pode ser obtida no próprio ambiente escolar.

O comportamento violento, que causa tanta preocupação e temor, resulta da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, como a família, a escola e a comunidade. Infelizmente, o modelo do mundo exterior é reproduzido nas escolas, fazendo com que essas instituições deixem de ser ambientes seguros, modulados pela disciplina, amizade e cooperação<sup>3</sup>, e se transformem em espaços onde há violência, sofrimento e medo.

### **Bullying**

Estudos sobre as influências do ambiente escolar e dos sistemas educacionais sobre o desenvolvimento acadêmico do jovem já vêm sendo realizados, mas é necessário também que tais influências sejam observadas pela ótica da saúde.

A escola é de grande significância para as crianças e adolescentes, e os que não gostam dela têm maior probabilidade de apresentar desempenhos insatisfatórios, comprometimentos físicos e emocionais à sua saúde ou sentimentos de insatisfação com a vida. Os relacionamentos interpessoais positivos e o desenvolvimento acadêmico estabelecem uma relação direta, onde os estudantes que perceberem esse apoio terão maiores possibilidades de alcançar um melhor nível de aprendizado<sup>14</sup>. Portanto, a aceitação pelos companheiros é fundamental para o desenvolvimento da saúde de crianças e adolescentes, aprimorando suas habilidades sociais e fortalecendo a capacidade de reação diante de situações de tensão<sup>15</sup>.

A agressividade nas escolas é um problema universal<sup>3,9</sup>. O *bullying* e a vitimização representam diferentes tipos de envolvimento em situações de violência durante a infância e adolescência. O *bullying* diz respeito a uma forma de afirmação de poder interpessoal através da agressão. A vitimização ocorre quando uma pessoa é feita de receptor do comportamento agressivo de uma outra mais poderosa. Tanto o *bullying* como a vitimização têm conseqüências negativas imediatas e tardias sobre todos os envolvidos: agressores, vítimas e observadores<sup>16</sup>.

Por definição, *bullying* compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetidas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudante contra outro(s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder<sup>3,11</sup>. Essa

assimetria de poder associada ao *bullying* pode ser conseqüente da diferença de idade, tamanho, desenvolvimento físico ou emocional, ou do maior apoio dos demais estudantes<sup>3,11,17</sup>.

Trata-se de comportamentos agressivos que ocorrem nas escolas e que são tradicionalmente admitidos como naturais, sendo habitualmente ignorados ou não valorizados, tanto por professores quanto pelos pais.

A adoção universal do termo *bullying* foi decorrente da dificuldade em traduzi-lo para diversas línguas. Durante a realização da Conferência Internacional Online *School Bullying and Violence*, de maio a junho de 2005, ficou caracterizado que o amplo conceito dado à palavra *bullying* dificulta a identificação de um termo nativo correspondente em países como Alemanha, França, Espanha, Portugal e Brasil, entre outros<sup>18</sup>.

As pesquisas sobre *bullying* são recentes e ganharam destaque a partir dos anos 1990, principalmente com Olweus, 1993; Smith & Sharp, 1994; Ross, 1996; Rigby, 1996<sup>3</sup>. Estudos indicam que a prevalência de estudantes vitimizados varia de 8 a 46%, e de agressores, de 5 a 30%<sup>3,19</sup>.

A escola é vista, tradicionalmente, como um local de aprendizado, avaliando-se o desempenho dos alunos com base nas notas dos testes de conhecimento e no cumprimento de tarefas acadêmicas. No entanto, três documentos legais formam a base de entendimento com relação ao desenvolvimento e educação de crianças e adolescentes: a Constituição da República Federativa do Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Convenção sobre os Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas. Em todos esses documentos, estão previstos os direitos ao respeito e à dignidade, sendo a educação entendida como um meio de prover o pleno desenvolvimento da pessoa e seu preparo para o exercício da cidadania.

Todos desejamos que as escolas sejam ambientes seguros e saudáveis, onde crianças e adolescentes possam desenvolver, ao máximo, os seus potenciais intelectuais e sociais. Portanto, não se pode admitir que sofram violências que lhes tragam danos físicos e/ou psicológicos, que testemunhem tais fatos e se caleem para que não sejam também agredidos e acabem por achá-los banais ou, pior ainda, que diante da omissão e tolerância dos adultos, adotem comportamentos agressivos.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (ABRAPIA) desenvolveu o Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, objetivando investigar as características desses atos entre 5.500 alunos de quinta à oitava série do ensino fundamental e sistematizar estratégias de intervenção capazes de prevenir a sua ocorrência.

Apesar de o estudo ter sido realizado em pouco mais de 1 ano, de setembro de 2002 a outubro de 2003, foi possível reduzir a agressividade entre os estudantes, favorecendo o ambiente escolar, o nível de aprendizado, a preservação do patrimônio e, principalmente, as relações humanas (Tabela 1 e 2).

**Tabela 1** - Percepção dos estudantes quanto à prática de *bullying* nas escolas

Dados da pesquisa inicial da ABRAPIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>40,5% dos alunos admitiram estar diretamente envolvidos em atos de <i>bullying</i>, sendo 16,9% como alvos, 12,7% como autores e 10,9% ora como alvos, ora como autores;</li> <li>60,2% dos alunos afirmaram que o <i>bullying</i> ocorre mais freqüentemente dentro das salas de aula;</li> <li>80% dos estudantes manifestaram sentimentos contrários aos atos de <i>bullying</i>, como medo, pena, tristeza, etc.</li> <li>41,6% dos que admitiram ser alvos de <i>bullying</i> disseram não ter solicitado ajuda aos colegas, professores ou família;</li> <li>entre aqueles que pediram auxílio para reduzir ou cessar seu sofrimento, o objetivo só foi atingido em 23,7% dos casos;</li> <li>69,3% dos jovens admitiram não saber as razões que levam à ocorrência de <i>bullying</i> ou acreditam tratar-se de uma forma de brincadeira;</li> <li>entre os alunos autores de <i>bullying</i>, 51,8% afirmaram que não receberam nenhum tipo de orientação ou advertência quanto à incorreção de seus atos.</li> </ul>

**Tabela 2** - Percepção dos estudantes quanto à prática de *bullying* nas escolas

Alterações detectadas na avaliação final do projeto da ABRAPIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>79,9% dos alunos admitem saber o que é <i>bullying</i>;</li> <li>redução de 6,6% de alunos alvos;</li> <li>redução de 12,3% de alunos autores de <i>bullying</i>;</li> <li>a indicação da sala de aula como local de maior incidência de atos de <i>bullying</i> caiu de 60,2% para 39,3%, representando uma queda de 24,7%;</li> <li>o número de alunos que admitia gostar de ver o colega sofrer <i>bullying</i> reduziu-se em 46,1%;</li> <li>entre os alunos alvos que buscaram ajuda, o sucesso das intervenções para a redução ou cessação do <i>bullying</i> teve um crescimento de 75,9%;</li> <li>o desconhecimento sobre o entendimento das razões que levam à prática de <i>bullying</i> reduziu-se em 49,1%;</li> <li>aqueles que admitiram o <i>bullying</i> como um ato de maldade passou de 4,4% para 25,2% das respostas, representando um aumento de 472,7%;</li> <li>o número de alunos autores de <i>bullying</i> que admitiu ter recebido orientações e advertências quanto à incorreção de seus atos passou de 45,6% para 68%, representando um crescimento de 33,4%.</li> </ul>

### Classificação

O *bullying* é classificado como direto, quando as vítimas são atacadas diretamente, ou indireto, quando estão ausentes. São considerados *bullying* direto os apelidos, agressões físicas, ameaças, roubos, ofensas verbais ou expressões e gestos que geram mal estar aos alvos. São atos utilizados com uma freqüência quatro vezes maior entre os meninos. O *bullying* indireto compreende atitudes de indiferença, isolamento, difamação e negação aos desejos, sendo mais adotados pelas meninas<sup>3,11,19-21</sup>.

Uma nova forma de *bullying*, conhecida como *cyberbullying*, tem sido observada com uma freqüência cada vez maior no mundo. Segundo Bill Belsey, trata-se do uso da tecnologia da informação e comunicação (*e-mails*, telefones celulares, mensagens por *paggers* ou celulares, fotos digitais, *sites* pessoais difamatórios, ações difamatórias *online*) como recurso para a adoção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, de um indivíduo ou grupo, que pretende causar danos a outro(s)<sup>22</sup>. A vitimização através de telefones celulares foi admitida por 14 a 23% dos adolescentes entrevistados em três pesquisas<sup>23-25</sup>.

### Fatores de risco

Fatores econômicos, sociais e culturais, aspectos inatos de temperamento e influências familiares, de amigos, da escola e da comunidade, constituem riscos para a manifestação do *bullying* e causam impacto na saúde e desenvolvimento de crianças e adolescentes<sup>9,21</sup>.

O *bullying* é mais prevalente entre alunos com idades entre 11 e 13 anos, sendo menos freqüente na educação infantil e ensino médio<sup>14,17,26</sup>.

Entre os agressores, observa-se um predomínio do sexo masculino, enquanto que, no papel de vítima, não há diferenças entre gêneros. O fato de os meninos envolverem-se em atos de *bullying* mais comumente não indica necessariamente que sejam mais agressivos, mas sim que têm maior possibilidade de adotar esse tipo de comportamento. Já a dificuldade em identificar-se o *bullying* entre as meninas pode estar relacionada ao uso de formas mais sutis<sup>3,14</sup>.

Considerando-se que a maioria dos atos de *bullying* ocorre fora da visão dos adultos, que grande parte das vítimas não reage ou fala sobre a agressão sofrida<sup>22</sup>, pode-se entender por que professores e pais têm pouca percepção do *bullying*, subestimam a sua prevalência e atuam de forma insuficiente para a redução e interrupção dessas situações<sup>19,27</sup>. A ABRAPIA identificou que 51,8% dos autores de *bullying* admitiram não terem sido advertidos<sup>3</sup>. A aparente aceitação dos adultos e a conseqüente sensação de impunidade favorecem a perpetuação do comportamento agressivo.

A redução dos fatores de risco pode prevenir o comportamento agressivo entre crianças e adolescentes. Os esforços devem ser direcionados para a diminuição da exposição à violência no ambiente escolar, doméstico e comunitário, além daquela divulgada pela mídia<sup>28</sup>.

### Formas de envolvimento dos estudantes

As crianças e adolescentes podem ser identificados como vítimas, agressores ou testemunhas de acordo com sua atitude diante de situações de *bullying*. Não há evidências que permitam prever qual papel adotará cada aluno, uma vez que pode ser alterado de acordo com as circunstâncias<sup>27</sup>.

A forma de classificação utilizada pela ABRAPIA teve o cuidado de não rotular os estudantes, evitando que estes

fossem estigmatizados pela comunidade escolar. Adotaram-se, então, os termos autor de *bullying* (agressor), alvo de *bullying* (vítima), alvo/autor de *bullying* (agressor/vítima) e testemunha de *bullying*<sup>3,29</sup>.

### **Alvos de bullying**

Considera-se alvo o aluno exposto, de forma repetida e durante algum tempo, às ações negativas perpetradas por um ou mais alunos. Entende-se por ações negativas as situações em que alguém, de forma intencional e repetida, causa dano, fere ou incomoda outra pessoa.

Em geral, não dispõe de recursos, *status* ou habilidade para reagir ou cessar o *bullying*. Geralmente, é pouco sociável, inseguro e desanimado quanto à possibilidade de adequação ao grupo. Sua baixa auto-estima é agravada por críticas dos adultos sobre a sua vida ou comportamento, dificultando a possibilidade de ajuda. Tem poucos amigos, é passivo, retraído, infeliz e sofre com a vergonha, medo, depressão e ansiedade. Sua auto-estima pode estar tão comprometida que acredita ser merecedor dos maus-tratos sofridos<sup>3,9,11,14,22,27,30</sup>.

O tempo e a regularidade das agressões contribuem fortemente para o agravamento dos efeitos. O medo, a tensão e a preocupação com sua imagem podem comprometer o desenvolvimento acadêmico, além de aumentar a ansiedade, insegurança e o conceito negativo de si mesmo<sup>8</sup>. Pode evitar a escola e o convívio social, prevenindo-se contra novas agressões. Mais raramente, pode apresentar atitudes de autodestruição ou intenções suicidas ou se sentir compelido a adotar medidas drásticas, como atos de vingança, reações violentas, portar armas ou cometer suicídio<sup>25,27,31</sup>.

Algumas características físicas, comportamentais ou emocionais podem torná-lo mais vulnerável às ações dos autores e dificultar a sua aceitação pelo grupo. A rejeição às diferenças é um fato descrito como de grande importância na ocorrência de *bullying*. No entanto, é provável que os autores escolham e utilizem possíveis diferenças como motivação para as agressões, sem que elas sejam, efetivamente, as causas do assédio<sup>26,29,32,33</sup>.

Embora não haja estudos precisos sobre métodos educativos familiares que incitem ao desenvolvimento de alvos de *bullying*, alguns deles são identificados como facilitadores: proteção excessiva, gerando dificuldades para enfrentar os desafios e para se defender; tratamento infantilizado, causando desenvolvimento psíquico e emocional aquém do aceito pelo grupo; e o papel de "bode expiatório" da família, sofrendo críticas sistemáticas e sendo responsabilizado pelas frustrações dos pais.

Nos casos em que alunos armados invadiram as escolas e atiraram contra colegas e professores, cerca de dois terços desses jovens eram vítimas de *bullying* e recorreram às armas para combater o poder que os sucumbia. As agressões não tiveram alvos específicos, sugerindo que o desejo era o de "matar a Escola", local onde diariamente todos os viam sofrer e nada faziam para protegê-los<sup>3</sup>.

É pouco comum que a vítima revele espontaneamente o *bullying* sofrido, seja por vergonha, por temer retaliações, por descrever nas atitudes favoráveis da escola ou por recear possíveis críticas. Na pesquisa da ABRAPIA, 41,6% dos alunos alvos admitiram não ter falado a ninguém sobre seu sofrimento<sup>3</sup>. O silêncio só é rompido quando os alvos sentem que serão ouvidos, respeitados e valorizados. Conscientizar as crianças e adolescentes que o *bullying* é inaceitável e que não será tolerado permite o enfrentamento do problema com mais firmeza, transparência e liberdade<sup>11</sup>.

### **Autores de bullying**

Algumas condições familiares adversas parecem favorecer o desenvolvimento da agressividade nas crianças. Pode-se identificar a desestruturação familiar, o relacionamento afetivo pobre, o excesso de tolerância ou de permissividade e a prática de maus-tratos físicos ou explosões emocionais como forma de afirmação de poder dos pais<sup>3,8,21,26,27</sup>.

Fatores individuais também influem na adoção de comportamentos agressivos: hiperatividade, impulsividade, distúrbios comportamentais, dificuldades de atenção, baixa inteligência e desempenho escolar deficiente.

O autor de *bullying* é tipicamente popular; tende a envolver-se em uma variedade de comportamentos anti-sociais; pode mostrar-se agressivo inclusive com os adultos; é impulsivo; vê sua agressividade como qualidade; tem opiniões positivas sobre si mesmo; é geralmente mais forte que seu alvo; sente prazer e satisfação em dominar, controlar e causar danos e sofrimentos a outros. Além disso, pode existir um "componente benefício" em sua conduta, como ganhos sociais e materiais<sup>11,21,29,34</sup>. São menos satisfeitos com a escola e a família, mais propensos ao absentismo e à evasão escolar e têm uma tendência maior para apresentarem comportamentos de risco (consumir tabaco, álcool ou outras drogas, portar armas, brigar, etc)<sup>3,8,35-37</sup>. As possibilidades são maiores em crianças ou adolescentes que adotam atitudes anti-sociais antes da puberdade e por longo tempo<sup>9,27,37</sup>.

Pode manter um pequeno grupo em torno de si, que atua como auxiliar em suas agressões ou é indicado para agredir o alvo. Dessa forma, o autor dilui a responsabilidade por todos ou a transfere para os seus liderados. Esses alunos, identificados como assistentes ou seguidores, raramente tomam a iniciativa da agressão, são inseguros ou ansiosos e se subordinam à liderança do autor para se proteger ou pelo prazer de pertencer ao grupo dominante<sup>11</sup>.

### **Testemunhas de bullying**

A maioria dos alunos não se envolve diretamente em atos de *bullying* e geralmente se cala por medo de ser a "próxima vítima", por não saberem como agir e por descreverem nas atitudes da escola. Esse clima de silêncio pode ser interpretado pelos autores como afirmação de seu poder, o que ajuda a acobertar a prevalência desses atos, transmitindo uma falsa tranquilidade aos adultos<sup>3,27</sup>.

Grande parte das testemunhas sente simpatia pelos alvos, tende a não culpá-los pelo ocorrido, condena o comportamento dos autores e deseja que os professores intervenham mais efetivamente<sup>38,39</sup>. Cerca de 80% dos alunos não aprovam os atos de *bullying*<sup>3</sup>.

A forma como reagem ao *bullying* permite classificá-los como auxiliares (participam ativamente da agressão), incentivadores (incitam e estimulam o autor), observadores (só observam ou se afastam) ou defensores (protegem o alvo ou chamam um adulto para interromper a agressão)<sup>19</sup>.

Muitas testemunhas acabam acreditando que o uso de comportamentos agressivos contra os colegas é o melhor caminho para alcançarem a popularidade e o poder e, por isso, tornam-se autores de *bullying*<sup>19</sup>. Outros podem apresentar prejuízo no aprendizado; receiam ser relacionados à figura do alvo, perdendo seu *status* e tornando-se alvos também; ou aderem ao *bullying* por pressão dos colegas<sup>9</sup>.

Quando as testemunhas interferem e tentam cessar o *bullying*, essas ações são efetivas na maioria dos casos. Portanto, é importante incentivar o uso desse poder advindo do grupo, fazendo com que os autores se sintam sem o apoio social necessário<sup>3,8</sup>.

### **Alvos/autores de *bullying***

Aproximadamente 20% dos alunos autores também sofrem *bullying*, sendo denominados alvos/autores. A combinação da baixa auto-estima e atitudes agressivas e provocativas é indicativa de uma criança ou adolescente que tem, como razão para a prática de *bullying*, prováveis alterações psicológicas, devendo merecer atenção especial. Podem ser depressivos, inseguros e inoportunos, procurando humilhar os colegas para encobrir suas limitações. Diferenciam-se dos alvos típicos por serem impopulares e pelo alto índice de rejeição entre seus colegas e, por vezes, pela turma toda<sup>11,17,21</sup>. Sintomas depressivos, pensamentos suicidas e distúrbios psiquiátricos são mais frequentes nesse grupo<sup>40,41</sup>.

### **Conseqüências**

Alvos, autores e testemunhas enfrentam conseqüências físicas e emocionais de curto e longo prazo<sup>8</sup>, as quais podem causar dificuldades acadêmicas, sociais, emocionais e legais<sup>12,17</sup>. Evidentemente, as crianças e adolescentes não são acometidas de maneira uniforme, mas existe uma relação direta com a freqüência, duração e severidade dos atos de *bullying*<sup>14</sup>.

Pessoas que sofrem *bullying* quando crianças são mais propensas a sofrerem depressão e baixa auto-estima quando adultos. Da mesma forma, quanto mais jovem for a criança freqüentemente agressiva, maior será o risco de apresentar problemas associados a comportamentos anti-sociais em adultos e à perda de oportunidades, como a instabilidade no trabalho e relacionamentos afetivos pouco duradouros<sup>14,22,35</sup>.

O simples testemunho de atos de *bullying* já é suficiente para causar descontentamento com a escola e comprometimento do desenvolvimento acadêmico e social<sup>11</sup>.

Prejuízos financeiros e sociais causados pelo *bullying* atingem também as famílias, as escolas e a sociedade em geral. As crianças e adolescentes que sofrem e/ou praticam *bullying* podem vir a necessitar de múltiplos serviços, como saúde mental, justiça da infância e adolescência, educação especial e programas sociais.

O comportamento dos pais dos alunos alvo pode variar da descrença ou indiferença a reações de ira ou inconformismo contra si mesmos e a escola. O sentimento de culpa e incapacidade para debelar o *bullying* contra seus filhos passa a ser a preocupação principal em suas vidas, surgindo sintomas depressivos e influenciando seu desempenho no trabalho e nas relações pessoais. A negação ou indiferença da direção e professores pode gerar desestímulo e a sensação de que não há preocupação pela segurança dos alunos<sup>42</sup>.

A relação familiar também pode ser seriamente comprometida. A criança ou adolescente pode sentir-se traído, caso entenda que seus pais não estejam acreditando em seus relatos ou quando suas ações não se mostram efetivas<sup>43</sup>.

### **O papel do pediatra**

Os efeitos do *bullying* são raramente evidentes, sendo pouco provável que a criança ou adolescente procure o pediatra com a clara compreensão de ser ele autor ou alvo de *bullying*. No entanto, é possível identificar os pacientes de risco, aconselhar as famílias, rastrear possíveis alterações psiquiátricas e incentivar a implantação de programas anti-*bullying* nas escolas<sup>17</sup>.

Sofrer *bullying* pode ser um fator predisponente importante para a instalação e manutenção de sinais e sintomas clínicos (Tabela 3). A identificação de algumas dessas queixas pode ser indicativo de maus-tratos perpetrados por colegas, demonstrando a necessária atenção dos profissionais de saúde<sup>3,17,19,24,28</sup>.

Existem dúvidas se os danos à saúde precedem o *bullying* ou se são esses atos que afetam a saúde dos alvos. O estresse causado pela vitimização poderia levar ao surgimento de patologias, mas as crianças e adolescentes com problemas como depressão ou ansiedade podem se tornar alvos de *bullying*. Poucos estudos investigaram essa relação, mas as duas hipóteses contam com forte apoio<sup>19</sup>. A intervenção precoce, tanto com relação aos alvos quanto aos autores, pode reduzir os riscos de danos emocionais tardios<sup>29,43</sup>.

Em casos suspeitos, os fatores de risco devem ser sempre investigados e abordados. São eles: características pessoais, influências familiares e comunitárias e problemas escolares<sup>21,40</sup>.

Não há métodos diagnósticos que indiquem a existência do comportamento agressivo como fator predisponente a alguma alteração comportamental ou psicossomática. Cabe ao pediatra buscar informações sobre o processo de evolução escolar de seus pacientes, não só avaliando sua capacidade de aprender, como também o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao convívio social. Para isso, torna-se necessário perguntar diretamente à criança ou ao

adolescente se ele se sente bem na escola, se tem amigos, se testemunha ou se é alvo e/ou autor de agressões físicas ou morais<sup>17,27</sup>.

A avaliação psiquiátrica e/ou psicológica pode ser necessária e deve ser garantida nos casos em que crianças ou adolescentes apresentem alterações de personalidade, intensa agressividade, distúrbios de conduta ou se mantenham, por longo período, na figura de alvo, autor ou alvo/autor<sup>11,17,22,29,44</sup>.

A prevenção de futuros incidentes pode ser obtida com orientações sobre medidas de proteção a serem adotadas: ignorar os apelidos, fazer amizade com colegas não agressivos, evitar locais de maior risco e informar ao professor ou funcionário sobre o *bullying* sofrido<sup>17,27</sup>.

Entre os autores, as alterações de comportamento, os comportamentos de risco e o consumo de álcool e drogas são vistos com mais frequência<sup>17</sup>. Outros fatores que contribuem para a agressividade e o desenvolvimento de distúrbios de conduta são as lesões cerebrais pós-trauma, maus-tratos, vulnerabilidade genética, falência escolar, experiências traumáticas, etc.<sup>41</sup>.

O tratamento indicado para o autor de *bullying* deve ser o de habilitá-lo para que controle sua irritabilidade, expresse sua raiva e frustração de forma apropriada, seja responsável por suas ações e aceite as conseqüências de seus atos. Portanto, aqueles pacientes que relatarem situações em que protagonizam ações agressivas contra

seus colegas merecem atenção, tanto quanto os que são por eles agredidos<sup>40</sup>.

Os identificados como alvos/autores apresentam maior probabilidade de desenvolverem doença mental, devendo ser considerados como de maior risco. Manifestações como hiperatividade, déficit de atenção, desordem de conduta, depressão, dificuldades de aprendizado, agressividade, além de todas as demais já citadas, podem ser encontradas<sup>17,39</sup>.

As famílias, tanto dos alvos como dos autores, devem ser ajudadas a entender o problema, expondo a elas todas as possíveis conseqüências advindas do *bullying*. Os pais devem ser orientados para que busquem a parceria da escola, conversando com um gestor ou um professor que lhes pareça mais sensível e receptivo ao problema<sup>17,28,29</sup>.

Como consultores em escolas, atuando nos departamentos de segurança pública ou em associações comunitárias, os pediatras devem esclarecer sobre o impacto que o *bullying* pode provocar sobre as crianças, adolescentes e escolas e indicar a importância de criar ambientes onde sejam valorizados a amizade, solidariedade e o respeito à diversidade<sup>17</sup>.

### Medidas preventivas

Avaliar o bom desempenho dos estudantes pelas notas dos testes e cumprimento das tarefas não é suficiente. Perceber e monitorar as habilidades ou possíveis dificuldades que possam ter os jovens em seu convívio social com os colegas passa a ser atitude obrigatória daqueles que assumiram a responsabilidade pela educação, saúde e segurança de seus alunos, pacientes e filhos.

Todos os programas anti-*bullying* devem ver as escolas como sistemas dinâmicos e complexos, não podendo tratá-las de maneira uniforme. Em cada uma delas, as estratégias a serem desenvolvidas devem considerar sempre as características sociais, econômicas e culturais de sua população.

O envolvimento de professores, funcionários, pais e alunos é fundamental para a implementação de projetos de redução do *bullying*. A participação de todos visa estabelecer normas, diretrizes e ações coerentes. As ações devem priorizar a conscientização geral; o apoio às vítimas de *bullying*, fazendo com que se sintam protegidas; a conscientização dos agressores sobre a incorreção de seus atos e a garantia de um ambiente escolar sadio e seguro.

O fenômeno *bullying* é complexo e de difícil solução, portanto é preciso que o trabalho seja continuado. As ações são relativamente simples e de baixo custo<sup>1,3</sup>, podendo ser incluídas no cotidiano das escolas, inserindo-as como temas transversais em todos os momentos da vida escolar.

Deve-se encorajar os alunos a participarem ativamente da supervisão e intervenção dos atos de *bullying*, pois o enfrentamento da situação pelas testemunhas demonstra aos autores que eles não terão o apoio do grupo. Treinamentos através de técnicas de dramatização podem ser úteis para que adquiram habilidade para lidar de diferentes formas. Uma outra estratégia é a formação de grupos de apoio, que protegem os alvos e auxiliam na solução das situações de *bullying*<sup>19</sup>.

**Tabela 3** - Sinais e sintomas possíveis de serem observados em alunos alvos de *bullying*

---

Enurese noturna
Alterações do sono
Cefaléia
Dor epigástrica
Desmaios
Vômitos
Dores em extremidades
Paralisias
Hiperventilação
Queixas visuais
Síndrome do intestino irritável
Anorexia
Bulimia
Isolamento
Tentativas de suicídio
Irritabilidade
Agressividade
Ansiedade
Perda de memória
Histeria
Depressão
Pânico
Relatos de medo
Resistência em ir à escola
Demonstrações de tristeza
Insegurança por estar na escola
Mau rendimento escolar
Atos deliberados de auto-agressão

---

Os professores devem lidar e resolver efetivamente os casos de *bullying*, enquanto as escolas devem aperfeiçoar suas técnicas de intervenção e buscar a cooperação de outras instituições, como os centros de saúde, conselhos tutelares e redes de apoio social<sup>19</sup>.

Aos alunos autores, devem ser dadas condições para que desenvolvam comportamentos mais amigáveis e sadios, evitando o uso de ações puramente punitivas, como castigos, suspensões ou exclusão do ambiente escolar, que acabam por marginalizá-los.

### **Efetividade do programa**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os programas que enfatizam as capacidades sociais e a aquisição de competências parecem estar entre as estratégias mais eficazes para a prevenção da violência juvenil, sendo mais efetivos em escolas da educação infantil e do ensino fundamental. Um exemplo de programa de desenvolvimento social que utiliza técnicas comportamentais em sala de aula é aquele implantado para evitar o comportamento prepotente agressivo (*bullying*)<sup>45</sup>.

O Programa de Prevenção do *Bullying* criado por Dan Olweus é considerado como o mais bem documentado e mais efetivo na redução do *bullying*, na diminuição significativa de comportamentos anti-sociais e em melhorias importantes no clima social entre crianças e adolescentes, com a adoção de relacionamentos sociais positivos e maior participação nas atividades escolares<sup>14,19,21</sup>.

Nas escolas onde estudantes tiveram participação ativa nas decisões e organização, observou-se redução dos níveis de vandalismo e de problemas disciplinares e maior satisfação de alunos e professores com a escola<sup>15</sup>. No projeto da ABRAPIA, 63,5% dos alunos participaram ativamente de seu desenvolvimento<sup>3</sup>.

Os melhores resultados são obtidos por meio de intervenções precoces que envolvam pais, alunos e educadores. O diálogo, a criação de pactos de convivência, o apoio e o estabelecimento de elos de confiança e informação são instrumentos eficazes, não devendo ser admitidas, em hipótese alguma, ações violentas<sup>4,13,15,46</sup>.

### **Conclusão**

As conseqüências geradas pelo *bullying* são tão graves que crianças norte-americanas, com idades entre 8 e 15 anos, identificam esse tipo de violência como um problema maior que o racismo e as pressões para fazer sexo ou consumir álcool e drogas<sup>47</sup>.

A inexistência de políticas públicas que indiquem a necessidade de priorização das ações de prevenção ao *bullying* nas escolas, objetivando a garantia da saúde e da qualidade da educação, significa que inúmeras crianças e adolescentes estão expostos ao risco de sofrerem abusos regulares de seus pares. Além disso, aqueles mais agressivos não estão recebendo o apoio necessário para demonstrá-los de caminhos que possam vir a causar danos por toda a vida.

Reduzir a prevalência de *bullying* nas escolas pode ser uma medida de saúde pública altamente efetiva para o século XXI. A sua prevalência e gravidade compelem os pesquisadores 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.

Em um país como o Brasil, onde o incentivo à melhoria da educação de seu povo se tornou um instrumento socializador e de desenvolvimento, onde grande parte das políticas sociais é voltada para a inclusão escolar, as escolas passaram a ser o espaço próprio e mais adequado para a construção coletiva e permanente das condições favoráveis para o pleno exercício da cidadania.

As instituições de saúde e educação, assim como seus profissionais, devem reconhecer a extensão e o impacto gerado pela prática de *bullying* entre estudantes e desenvolver medidas para reduzi-la rapidamente. Aos profissionais de saúde, particularmente aos pediatras, é recomendável que sejam competentes para prevenir, investigar, diagnosticar e adotar as condutas adequadas diante de situações de violências que envolvam crianças e adolescentes, tanto na figura de autor, como na de alvo ou testemunha.

Mesmo admitindo que os atos agressivos derivem de influências sociais e afetivas, construídas historicamente e justificadas por questões familiares e/ou comunitárias, é possível considerar a possibilidade infinita de pessoas descobrirem formas de vida mais felizes, produtivas e seguras. Todas as crianças e adolescentes têm, individual e coletivamente, uma prerrogativa humana de mudança, de transformação e de reconstrução, ainda que em situações muito adversas, podendo vir a protagonizar uma vida apoiada na paz, na segurança possível e na felicidade. Mas esse desafio não é simples e, em geral, depende de uma intervenção interdisciplinar firme e competente, principalmente pelos profissionais das áreas de educação e saúde.

O *bullying* pode ser entendido como um balizador para o nível de tolerância da sociedade com relação à violência. Portanto, enquanto a sociedade não estiver preparada para lidar com o *bullying*, serão mínimas as chances de reduzir as outras formas de comportamentos agressivos e destrutivos<sup>11</sup>.

### **Referências**

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Introduction. World report on violence and health. Geneva: WHO; 2002:ix-xxii.
2. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. 2001 Maio 18. Ministério da Saúde. [http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes\\_violencias2.htm](http://conselho.saude.gov.br/comissao/acidentes_violencias2.htm).
3. Neto AA, Saavedra LH. Diga NÃO para o *Bullying*. Rio de Janeiro: ABRAPI; 2004.

4. Health Link - Medical College of Wisconsin. Understanding and preventing youth violence. <http://healthlink.mcw.edu/article/984090068.html>. Acesso: 09/09/2005.
5. United States Department of Health and Human Services. Youth violence: A report of the Surgeon General. [www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/report.html](http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/report.html). Acesso: 09/09/2005.
6. Debarbieux E, Blaya C. Violência nas escolas e políticas públicas. Brasília: UNESCO; 2002.
7. American Academy of Pediatrics. Task Force on Violence. The Role of the Pediatrician in Youth Violence Prevention in Clinical Practice and at the Community Level. *Pediatrics*. 1999;103:173-81.
8. American Medical Association. Commission for the prevention of youth violence. Youth and violence. [www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/fullreport.pdf](http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/386/fullreport.pdf).
9. LD Online. Bullying: Peer abuse in schools. Source: Preventing Bullying - A Manual for Schools and Communities US Department of Education 11/3/1998. [www.ldonline.org/ld\\_indepth/social\\_skills/preventing\\_bullying.html](http://www.ldonline.org/ld_indepth/social_skills/preventing_bullying.html).
10. Kids Health. Medical Research News for Parents. Addressing aggression in early childhood. [www.kidshealth.org/research/aggression\\_childhood.html](http://www.kidshealth.org/research/aggression_childhood.html). Acesso: 09/09/2005.
11. Pearce JB, Thompson AC. Practical approaches to reduce the impact of *bullying*. *Arch Dis Child*. 1998;79:528-31.
12. Medem, Inc. News from AMA: Report finds young patients often have no one to confide in when they are being bullied. [www.medem.com/medlb/article\\_detailb.cfm?article\\_ID=ZZZY56ZBP2D&sub\\_cat=609](http://www.medem.com/medlb/article_detailb.cfm?article_ID=ZZZY56ZBP2D&sub_cat=609). Acesso: 09/09/2005.
13. Elinoff MJ, Chafouleas SM, Sassu KA. Bullying: considerations for defining and intervening in school settings. *Psychol Sch*. 2004;41:887-897.
14. Ravens-Sieberer U, Kökönyei G, Thomas C. School and health. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. (editors). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents; Nº 4. World Health Organization. 2004. p. 184-195.
15. Samdal O, Dür W, Freeman J. School. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. (editors). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents; Nº 4. World Health Organization. 2004. p. 42-51.
16. Craig WM, Harel Y. Bullying, physical fighting and victimization. In: Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. (editors). Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents; Nº 4. World Health Organization. 2004. p. 133-144.
17. Lyznicki JM, McCaffree MA, Rabinowitz CB, American Medical Association, Chicago, Illinois. Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician*. 2004;70:1723-8.
18. Visionary-.net. School Bullying and violence. 2005 may 4 – jun 3. [www.conference.bullying-in-school.info](http://www.conference.bullying-in-school.info).
19. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Bullying: who does what, when and where? Involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Educ Res*. 2005;20:81-91.
20. Kidscape. You can beat bullying – A guide for young people, 2005. [www.kidscape.org.uk/assets/downloads/ksbeatbullying.pdf](http://www.kidscape.org.uk/assets/downloads/ksbeatbullying.pdf).
21. University of Colorado. Center of Study and Prevention of Violence – Institute of Behavioral Science at University of Colorado at Boulder. Blueprints for violence prevention – Training and technical assistance. [www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/programs/BPP.html](http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/programs/BPP.html).
22. Shroff Pendley JS. Bullying and your child. [www.kidshealth.org/parent/emotions/behavior/bullies.html](http://www.kidshealth.org/parent/emotions/behavior/bullies.html). Acesso: 09/09/2005.
23. NetSafe.org. The text generation – Mobile phones and New Zealand youth. A report of results from the Internet Safety Group's survey of teenage mobile phone use. [www.netsafe.org.nz/Doc\\_Library/publications/text\\_generation\\_v2.pdf](http://www.netsafe.org.nz/Doc_Library/publications/text_generation_v2.pdf). Acesso: 09/09/2005.
24. BBC News. Warning over 'bullying by mobile'. BBC News. 2005 Jun 7. [news.bbc.co.uk/2/hi/uk\\_news/education/4614515.stm](http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/education/4614515.stm).
25. NCH.org. Putting U in the picture – Mobile bullying survey 2005. [www.nch.org.uk/uploads/documents/Mobile\\_bullying\\_%20Report.pdf](http://www.nch.org.uk/uploads/documents/Mobile_bullying_%20Report.pdf). Acesso: 09/09/2005.
26. Eslea M, Rees J. At what age are children most likely to be bullied at school?. *Aggr. Behav*. 2001;27:419-29.
27. Dawkins J. Bullying in school: doctor's responsibilities. *BMJ* 1995;310:274-5.
28. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Understanding violent behavior in children and adolescents. Washington DC. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; AACAP Facts for Families nº 55. [www.aacap.org/publications/factsfam/behavior.htm](http://www.aacap.org/publications/factsfam/behavior.htm). Acesso: 09/09/2005.
29. Chesson R. Bullying: the need for an interagency response – bullying is a social as well as an individual problem. *BMJ*. 1999 Aug 7;319:330-31. [bmj.com/cgi/content/full/319/7206/330](http://bmj.com/cgi/content/full/319/7206/330). Acesso: 09/09/2005.
30. 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 Dec;74:565-581. [www.ingentaconnect.com/content/bpsoc/bjep/2004/00000074/00000004/art00005](http://www.ingentaconnect.com/content/bpsoc/bjep/2004/00000074/00000004/art00005). Acesso: 09/09/2005.
31. Anderson M, Kaufman J, Simon TR, Barrios L, Paulozzi L, Ryan G, et al. School-Associated Violent Deaths in the United States, 1994-1999. *JAMA*. 2001;286:2695-702.
32. Salmivalli C, Karhunen J, Lagerspetz KMJ. How do the victims respond to bullying? *Aggr Behav*. 1998 Dec 6;22:99-109. [www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/64138/ABSTRACT](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/64138/ABSTRACT). Acesso: 09/09/2005.
33. Substance Abuse and Mental Health Services Administration; US Department of Health and Human Services, Center for Mental Health Services. Bullying is not a Fact of Life, 2003. Washington DC .Center for Mental Health Services (CMHS).
34. KidsHealth. Dealing with bullies. [www.kidshealth.org/kid/feeling/emotion/bullies.html](http://www.kidshealth.org/kid/feeling/emotion/bullies.html). Acesso: 09/09/2005.
35. Due EP, Holstein BE, Jorgesen OS. *Bullying* as health hazard among school children. *Ugeskr Laeger*. 1999;161:2201-6
36. Sudermann M, Jaffe PG, Schieck E. *Bullying*: information for parents and teachers. Center for Children and Families in the Justice System. 1996. [www.lfcc.on.ca/bully.htm](http://www.lfcc.on.ca/bully.htm).
37. National Institutes of Health, National Institute of Child Health and Human Development. Bullies, victims at risk for violence and other problem behaviors. NIH News Release. April 14, 2003. [www.nichd.nih.gov/new/releases/bullies.cfm](http://www.nichd.nih.gov/new/releases/bullies.cfm). Acesso: 12/09/2005.
38. Menesini E, Eslea M, Smith PK, Genta ML, Giannetti E, Fonzi A, Costabile A. Cross-national comparison of children's attitudes towards bully/victim problems in school. *Aggr Behav*. 1998 Dec 6;23. [www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/46367/PDFSTART](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/46367/PDFSTART). Acesso: 12/09/2005.
39. Baldry AC. 'What about bullying?' An experimental field study to understand students' attitudes towards bullying and victimization in Italian middle schools. *Br J Educ Psychol*. 2004;74(Pt 4):583-98. [www.ingentaconnect.com/search/article?title=bullying&title\\_type=tka&year\\_from=1997&year\\_to=2004&database=1&pageSize=20&index=44](http://www.ingentaconnect.com/search/article?title=bullying&title_type=tka&year_from=1997&year_to=2004&database=1&pageSize=20&index=44).
40. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*. 1999 Aug;319(7206). <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/319/7206/348>. Acesso: 12/09/2005.
41. Kumpulainen K, Räsänen E, Puura K. Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggr Behav*. 2001 Mar 30;27. [www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/78504095/PDFSTART](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/78504095/PDFSTART). Acesso: 12/09/2005.
42. Anonyme Foreldre Av Mobbeofre. Dag Oulie psykiatrist. [www.afam.no/cgi/nyheter.pl?id=37&lang=1](http://www.afam.no/cgi/nyheter.pl?id=37&lang=1). Acesso: 12/09/2005.
43. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Bullying. AACAP facts for families nº 80; c. 2004. [www.aacap.org/publications/factsfam/80.htm](http://www.aacap.org/publications/factsfam/80.htm). Acesso: 12/09/2005.
44. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Conduct disorder. AACAP Facts for Families nº 33; c. 2004. [www.aacap.org/publications/factsfam/conduct.htm](http://www.aacap.org/publications/factsfam/conduct.htm). Acesso: 12/09/2005.
45. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. A Cultura da Paz em Resposta à Violência. Suplemento Rio Estudos. Diário Oficial do Município, 2001 Aug 13.



46. Mihalic S, Irwin K, Elliott D, Fagan A, Hansen D. Blueprints for violence prevention: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. *Juvenile Justice Bulletin*; 2001 Jul. [www.ncjrs.org/pdffiles1/ojjdp/187079.pdf](http://www.ncjrs.org/pdffiles1/ojjdp/187079.pdf).
47. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does *bullying* cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ*. 2001;323:480-4.

Correspondência:  
Aramis Antonio Lopes Neto  
Rua Barata Ribeiro, 194/816, Copacabana  
CEP 22011-002 – Rio de Janeiro, RJ  
Tel.: (21) 2542.3867 / (21) 9948.1431  
Fax: (21) 2589.5656  
E-mail: [bullying@globo.com](mailto:bullying@globo.com)