

Ricardo Jorge Costa Xavier

**“A violência Escolar e a sua relação com
diferentes Psicopatologias”**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

“A violência Escolar e a sua relação com as diferentes Psicopatologias”

Ricardo Jorge Costa Xavier

**“A violência Escolar e a sua relação com
diferentes Psicopatologias”**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Ricardo Jorge Costa Xavier

**“A violência Escolar e a sua relação com
diferentes Psicopatologias”**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Fernando Pessoa, como parte
dos requisitos para obtenção do grau de Mestre
em Criminologia, sob a orientação do
Professor Doutor José Soares Martins.

(Ricardo Jorge Costa Xavier)

Agradecimentos

A elaboração desta dissertação só foi possível, graças ao apoio de várias pessoas e instituições que nele acreditaram e contribuíram para que se tornasse uma realidade.

Como tal, começo por agradecer à Universidade Fernando Pessoa que me possibilitou o ingresso neste mestrado, o qual muito contribuiu para aprofundar o meu conhecimento.

Muito agradeço ao Professor Doutor José Soares Martins, meu orientador, que sempre fez com que me empenhasse estimulando o espírito crítico ao longo de todo o percurso. Toda a sua disponibilidade e amabilidade que sempre demonstrou, foram sem margem para dúvidas uma fonte de energia para realizar este trabalho a que me propus.

Ao Agrupamento de Escolas Dr. António Granjo - Escola Básica Dr. Francisco Gonçalves Carneiro e aos docentes que amavelmente possibilitaram a aplicação dos questionários, indispensáveis à realização deste projeto, disponibilizando-se ainda a responder prontamente a todas as minhas questões e colocando-me a par com a realidade da escola.

A todos o meu muito obrigado!

Resumo

Desde há alguns anos a esta parte, muito se tem discutido a temática do Bullying nas atuais sociedades modernas e industrializadas.

Com o avanço da técnica e do conhecimento científico, só recentemente se lhe dá a devida atenção, dado os danos que pode causar a médio e longo prazo em todos os intervenientes nesse fenómeno de exteriorização da violência.

Embora se tenham desenhado múltiplas estratégias para a sua explicação e combate, continua a ser um tema muito atual, pois embora pesem os modelos de intervenção de certa forma já padronizados, há sempre a necessidade de os adaptar ao contexto de cada caso. Desta forma este tema continua e continuará a ser alvo de estudo e aprofundamento.

Neste trabalho, analisaremos toda a temática do Bullying, desde a sua conceptualização, passando pela sua etiologia, fatores de risco, intervenientes, bem como o seu diagnóstico, combate e prevenção.

Partindo da premissa de que este tema envolve uma série de variáveis que vão para além dos problemas comportamentais e/ou da indisciplina, tais como variáveis culturais, sociofamiliares, escolares, pessoais/psicológicas e psicopatológicas, é nesta última variável que iremos focar mais especificamente o nosso trabalho, nomeadamente no estabelecimento de uma correlação entre o Bullying e a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade.

Nos alunos mais jovens, o défice de atenção com hiperatividade, a depressão bem como a ansiedade, são problemas paralelos ao Bullying. Dado o facto de as crianças com estas características serem mais vulneráveis à violência, pois têm dificuldades de integração no seio escolar e/ou no grupo de pares, podemos afirmar desde já e com bastante veemência que estas pertencem a um grupo com um enorme fator de risco para se envolver em comportamentos relacionados com o Bullying em toda a sua abrangência.

Abstract

In recent years, much has been discussed on the bullying issue in today's modern and industrialized societies.

Because of the late advancements in technical and scientific knowledge, only recently a proper attention has started to be paid to it, given the extent of the damage that such a violence-displaying phenomenon can inflict on all intervening parties (in the medium and long term).

While multiple explaining and fighting approaches have been designed, it remains a very current theme, because - despite the influence of (seemingly) pre-standardized intervention models - there is always the need to adapt these latter to each case's own context. This issue thus goes on being the subject of study and development (and it shall remain so, in the foreseeable future).

In this study, we review the entire issue of bullying, from its conceptualisation to its diagnosis, prevention and combat, not forgetting its etiology, related risk factors and intervening players.

Assuming that this issue involves a number of variables that go beyond the behavioural and/or indiscipline aspects (such as cultural variables, social/family variables, school-related variables, personal/psychological variables and psychopathological variables), we will focus our study more specifically on this last variable, namely, establishing a correlation between bullying and the attention deficit hyperactivity disorder.

In younger students, the attention deficit hyperactivity disorder, the depression and the anxiety are parallel problems to Bullying. Given the fact that children with these characteristics are more vulnerable to violence (as they find it hard to fit in school and/or peer activities), we are now able to say (quite strongly) that they belong to a group with a huge factor risk of engaging in behaviour related to bullying in all its scope.

Índice

Agradecimentos	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Introdução.....	11
I – Conceito de Bullying e as suas Formas de Manifestação	13
Formas de Agressão e Respetivas Sistematizações	15
Género e Idade	18
Etiologia e Fatores de Risco	21
Intervenientes e o seu Perfil.....	23
Agressores	24
Vítimas	25
Vítimas Agressivas.....	27
Diagnóstico e Avaliação do Bullying	28
Consequências do bullying	31
Programas de Intervenção e Combate ao Bullying.....	33
II – Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH).....	36
Conceito	36
Etiologia.....	40
Manifestações e Características	43
Défice de Atenção	44
Impulsividade	45
Hiperatividade	46
Avaliação e Diagnóstico	47
Intervenção.....	50
III - Correlação entre a Pertutbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e o Bullying (Comportamentos Disruptivos, Desviantes e Antinormativos).....	55
Justificação do estudo empírico.....	65
Metodologia.....	68
Metodologia Qualitativa	68
Objetivos da Investigação.....	68
Objetivos gerais	68
Objetivos Específicos	69

Hipóteses	69
Métodos	70
Participantes	70
Instrumentos.....	71
Escala de Avaliação da Perturbação de Défice de atenção/Hiperatividade.....	71
O Questionário de Exclusão Social e Violência Escolar	74
Procedimentos.....	75
Tratamento de dados.....	76
Análise Sócio Demográfica	77
Escala de avaliação da PDAH	94
Conclusão	99
Cronograma de atividades	101
Bibliografia.....	102
ANEXOS	113

Índice de Tabelas

Tabela 1 - A classificação das formas de bullying, extraído de Rigby (2007, p. 20)....	16
Tabela 2 - DSM – IV – Critérios de diagnóstico para PDAH, In: DSM IV – TR - American Psychiatric Association, 2002.....	38

Introdução

Com bastante frequência, somos alertados para situações de violência que ocorrem nas escolas entre os jovens. Este facto não é novo e está a ser motivo de preocupação e interesse para os próprios alunos, pais, profissionais da educação, da saúde e comunicação social. As agora conhecidas e divulgadas consequências e efeitos negativos destes comportamentos para o desenvolvimento e para a saúde mental dos jovens envolvidos e para todo o público em geral, talvez seja uma das possíveis causas da atualidade deste assunto.

O Bullying, do Inglês bull (touro), designa um processo de abuso e intimidação sistemática por parte de uma criança sobre outra que não tem possibilidade de se defender. Esta impossibilidade da vítima se defender pode dever-se a esta estar habituada a ocupar esse mesmo lugar de desvantagem na própria família, ou a sentir-se incapaz de enfrentar o poder do bullie.

A consequência a médio ou a longo prazo deste processo de destruição pode ser o agressor causar danos físicos à vítima, ou sentir-se esta tão só e humilhada, que acabe por ver no suicídio a única saída.

O Bullying caracteriza-se também pela violência verbal e ou física gerada na comunidade escolar, tem-se constatado um aumento significativo nas escolas portuguesas, e está associado muitas vezes à formação de *gangs*, *gangs* estes que ridicularizam alunos que não correspondem aos seus padrões e que são considerados inferiores. Pode muitas vezes associar-se violência física e sexual.

Provavelmente, a rutura da família tradicional, que deu lugar a novos sistemas familiares, foi uma das alterações mais importantes dos últimos tempos.

As novas famílias são grupos em que circulam ou convivem crianças e adolescentes de diferentes casamentos ou relações. No contexto destas alterações, crianças e adolescentes assumem papéis variados, e muitos pais passaram o testemunho da responsabilidade da educação dos filhos à escola.

Também este novo tipo de família não tradicional deu lugar a outras formas de estabelecer relações, de as manter ou abandonar. Hoje fala-se de laços mais débeis, de

vínculos esporádicos, que levam as crianças de um pólo para outro, emocionalmente falando. Estamos a falar de não se apegarem a ninguém para não sofrerem.

Neste sentido, não devemos esquecer que também os filhos passaram por transformações devidas a estas mudanças, na forma como organizam a convivência, no que entendem por afeto ou compromisso emocional.

Torna-se, portanto necessário que pais, alunos, escola e comunidade façam um trabalho conjunto e colaborativo para solucionar estes problemas vivenciados no seio escolar, pois muitas vezes a raiz destes comportamentos está relacionada com a falta de limites e de respeito em casa, pais ausentes, famílias desestruturadas, inquietude emocional que acaba por se refletir nas atitudes de intolerância nas escolas, podendo aumentar desta forma as agressões e a violência.

Trabalhos de prevenção, sensibilização, palestras, intervenção de especialistas e assistência multidisciplinar aos alunos problemáticos, podem ser pontos de partida para solucionar ou pelo menos minimizar este problema.

I – Conceito de Bullying e as suas Formas de Manifestação

O bullying, surgiu na Noruega na década de 70 do séc. XX, tendo os primeiros estudos sido realizados por Dan Olweus. Este autor, em 1993, definiu os atos de bullying como situações de vitimização e explicou que “um estudante é vítima de maus tratos quando está exposto repetidamente e, ao longo do tempo, a ações negativas da parte de um ou mais estudantes. Uma Ação é negativa quando alguém intencionalmente inflige ou tenta infligir ofensas ou mal-estar a outro. As ações negativas podem ser de natureza verbal: ameaçar e chamar nomes; e de natureza física: bater, empurrar e dar pontapés”. Mais tarde, em 1999, propôs a designação “maltrato entre iguais” referindo que esta deverá ser usada quando existe uma relação assimétrica de poder entre os alunos, em que é evidente o desequilíbrio de forças entre o agressor e a vítima, daí a dificuldade em defender-se ou proteger-se das agressões de que é alvo.

Ao longo do tempo, diversos autores e investigadores tentaram definir e explicar este conceito:

- Para Besag (1989), o bullying é o comportamento que pode ser definido como o repetido ataque – físico, psicológico, social ou verbal – exercido por aqueles que numa posição de poder (que pode ser definida formal ou circunstancialmente), o exercem sobre aqueles que são impotentes para resistir, com a intenção de causar aflição e angústia para o seu próprio ganho ou gratificação.
- Segundo Rodríguez (2004, p.23), o conceito bullying designa “um processo de abuso e intimidação sistemática por parte de uma criança sobre outra que não tem possibilidade de se defender”;
- Para Fante (2005, p.27), este termo “adotado em muitos países para definir o desejo consciente e deliberado de maltratar outra pessoa e colocá-la sob tensão, conceitua os comportamentos agressivos e antissociais, utilizado pela literatura psicológica anglo-saxónica nos estudos sobre o problema da violência escolar” e que pode ainda ser definido como “um comportamento cruel que está intrínseco nas relações interpessoais, onde os mais fortes transformam os mais fracos em objetos de diversão e prazer, ações realizadas durante brincadeiras, que têm como propósito real, maltratar e/ou intimidar outra pessoa”.
- O comportamento de bullying é definido como a violência continuada, física ou mental, guiada por um indivíduo ou grupo em idade escolar, dirigida a outro

indivíduo também em idade escolar, que não é capaz de se defender a si próprio e que decorre em ambiente escolar (Piedra et al., 2006);

- Middleton-Moz e Zawadski (2007, p. 18), descreveram este fenómeno como “a crueldade frequente e sistemática, voltada deliberadamente a alguém, por parte de uma ou mais pessoas, com intenção de obter poder sobre o outro ao infligir regularmente sofrimento psicológico e/ou físico”.
- Rigby (2007), refere que o bullying é a repetida opressão psicológica ou física de uma pessoa com menos poder, por uma pessoa ou grupo de pessoas com mais poder. O autor adverte que este ocorre apenas quando há um desequilíbrio de poder entre as pessoas envolvidas. Este desequilíbrio é por vezes muito óbvio, mas, muitas vezes, é muito menos evidente, como quando o desequilíbrio de poder é de âmbito psicológico.
- Pereira (2008), define por bullying os comportamentos agressivos de intimidação que apresentam um conjunto de características comuns, como práticas violentas exercidas por um indivíduo ou por pequenos grupos, com carácter regular e frequente. A autora salienta que é a intencionalidade de fazer mal e a persistência de uma prática a que a vítima é sujeita, o que diferencia o bullying de outras situações ou comportamentos agressivos, sendo três os fatores fundamentais que normalmente o identificam: 1) o mal causado a outrem não resultou de uma provocação, pelo menos por ações que possam ser identificadas como provocações; 2) as intimidações e a vitimização de outros têm carácter regular, não acontecendo apenas ocasionalmente; 3) geralmente os agressores são mais fortes (fisicamente), recorrem ao uso de arma branca, ou têm um perfil violento e ameaçador.

Ou seja, compreende-se deste conjunto de definições que, à semelhança de outros comportamentos agressivos, o bullying define-se pela intencionalidade de magoar alguém que é alvo da prática agressiva, mas contrariamente à agressão mais generalizada, o bullying é uma ação que se repete sistematicamente e o agressor é tido como mais forte que a vítima que é incapaz de se defender por si só. Portanto, o bullying é um conceito específico e bem definido, uma vez que não se deixa confundir com outras formas de violência, uma vez que apresenta características próprias.

Importa ainda referir que este fenómeno é um problema mundial, sendo encontrado em todas as escolas, não estando restrito a nenhuma instituição: primária ou

secundária, pública ou privada, rural ou urbana e para além das escolas foi reconhecido em vários contextos: nas famílias, nos locais de trabalhos, enfim, em todos os locais onde existem relações interpessoais.

Na tentativa de encontrar um sinónimo para o termo bullying na língua portuguesa, alguns estudos referem alguns conceitos como: “vitimização”, “agressão em contexto escolar”, “provocação”, “intimidação”, entre outros. Porém, estas escolhas exprimem somente uma das manifestações comportamentais do bullying e não traduzem o fenómeno na sua complexidade. Assim sendo, optou-se por adotar o termo original para definir a agressão entre pares, sendo que é também o mais consensual utilizado na literatura científica (Seixas, 2006).

Apesar de ter havido nos últimos anos, um tremendo progresso na investigação e no conhecimento sobre o bullying, algumas áreas necessitam de mais estudo porque apesar de haver alguma concordância sobre o que constitui de fato o bullying, as definições existentes são especialmente abrangentes e tendem a incluir uma grande margem de comportamentos agressivos. Existe ainda a necessidade de uma maior concordância internacional ao nível do conceito de bullying com o objetivo de facilitar comparações entre estudos, culturas e países (Pereira et al., 2004; Zins et al., 2007). De forma a salvaguardar esta situação, a investigação sobre o bullying necessita de adotar uma definição do bullying mais clara e específica.

Formas de Agressão e Respetivas Sistematizações

Podemos começar por referir que os comportamentos de bullying podem ocorrer de duas formas: direta e indireta, sendo ambas aversivas e prejudiciais ao psiquismo da vítima. Segundo Fante (2005, p.50), “a direta inclui agressões físicas (bater, chutar, tomar pertences) e verbais (apelidar de maneira pejorativa e discriminatória, insultar, constranger); a indireta talvez seja a que mais prejuízo provoque, uma vez que pode criar traumas irreversíveis. Esta última acontece através de disseminação de rumores desagradáveis e desqualificantes, visando à discriminação e exclusão da vítima de seu grupo social”.

Para Sharp e Smith (1994), o bullying toma várias formas: a) físico (bater, pontapear, roubar ou danificar pertences); b) verbal (chamar nomes, insultar, constantes provocações, comentários racistas); c) indireto (Espalhar rumores, excluir alguém de

um grupo social). Estes autores acrescentam ainda que as agressões físicas são as mais típicas entre os rapazes, enquanto as verbais aparecem com maior ênfase entre as raparigas.

Pereira (2008), segue uma classificação semelhante e apresenta as seguintes formas de agressão: a) agressão direta física (bater, empurrar, dar pontapés, etc.); b) agressão direta verbal (insultos, chamar nomes, tratar o outro sem respeito, gozar, etc.); c) agressão indireta (espalhar rumores, persuadir o outro a não brincar com um colega, dizer mal de outrem, etc.). Pereira (2001, p.29), refere que “as formas indiretas são mais difíceis de serem identificadas e produzem efeitos mais sérios e, sobretudo mais duradouros”.

Podemos ver na tabela 1, a sistematização apresentada por Rigby (2007), que é um bom ponto de partida por englobar a maioria das variáveis utilizadas na classificação do bullying sem ser demasiado abrangente em relação aos comportamentos que inclui. O autor para além da distinção entre bullying físico e não físico, faz a distinção entre as formas direta e indireta, assim como, verbal e não verbal quando o comportamento não é físico.

Tabela 1 - A classificação das formas de bullying, extraído de Rigby (2007, p. 20)

		Direto	Indireto
Físico		Bater, cuspir, pontapear, atirar pedras	Fazer com que outra pessoa ataque alguém
Não Físico	Verbal	Insultos verbais, chamar nomes	Persuadir outra pessoa a insultar alguém, espalhar rumores maliciosos
	Não Verbal	Gestos ameaçadores e obscenos	Remover e esconder pertences, exclusão deliberada de um grupo ou atividade

Para Piedra et al. (2002), o bullying pode ter as seguintes formas:

1. Violência física: diversas formas de agressão (empurrões, socos, pontapés, agressões com objetos) e os ataques à propriedade;
2. Violência verbal: colocar alcunhas, insultar, ridicularizar, responder com maus modos, fazer comentários racistas. É também comum o menosprezo público, salientar ou referir constantemente um defeito físico ou ação;
3. Violência psicológica: através de ações dirigidas a danificar a autoestima do indivíduo e impulsionar a sua sensação de insegurança e temor;
4. Violência social: principalmente na forma de propagação de rumores ultrajantes e humilhantes que pretendem a sua exclusão e isolamento do grupo;
5. Violência indireta: quando se induz a agressão a um terceiro;
6. Abusos sexuais.

Para estes autores, a violência verbal (insultos, ameaças, intimidação, desqualificações), é a forma de comportamento referida mais frequentemente, seguido pelo isolamento social. A seguir à violência verbal e exclusão social, os comportamentos mais comuns são as agressões físicas diretas e pressionar ou obrigar os outros a praticar atos de agressão (bater, chantagear), aparecendo por último as ameaças com armas e ameaça sexual.

Kim et al. (2006), simplesmente afirmam que o comportamento bullying pode ser físico (e.g. bater, empurrar, pontapear), verbal (e.g. chamar nomes, provocar, fazer ameaças ou espalhar rumores) ou pode incluir outros comportamentos como fazer caretas ou excluir socialmente alguém. Para Sourander, Jensen, Rønning, Niemelä et al. (2007), o bullying pode ser direto, físico (bater, pontapear), verbal (ameaçar, fazer comentários indecentes e desagradáveis), ou indireto (enviar mensagem indecentes, isolar alguém de modo que ninguém lhe fale).

Porém Lopes (2005, p.166), classifica este fenómeno como “o bullying direto, que engloba a imposição de apelidos, assédios, agressões físicas, ameaças, roubos e ofensas verbais; o bullying indireto, que envolve atitudes de indiferença, isolamento e difamação e o Cyberbullying.” Introduce-se assim um novo conceito, o cyberbullying, que é a forma virtual de praticar bullying, uma forma de ataque perversa, que extrapola os muros da escola, ganhando, dimensões incalculáveis.

O bullying passou assim a ser um comportamento muito mais sofisticado, que pode ser definido como uma extensão das formas tradicionalmente mais dissimuladas do bullying, através da utilização de computadores, telemóveis, internet e de outras tecnologias. Enquanto o bullying ocorre no mundo real, o cyberbullying ocorre no mundo virtual, estando a diferença nos métodos e nas ferramentas utilizadas pelos praticantes. Nesta modalidade de agressão são utilizados os *e-mails*, telefones, mensagens por *paggers* ou telemóveis, além das fotos digitais e sites pessoais utilizados para a adoção de comportamentos agressivos e hostis a determinados grupos ou indivíduos, sempre com a intenção de causar danos e prejuízos. No cyberbullying os agressores encontram-se no anonimato, utilizando-se de nomes falsos, apelidos ou ainda fazendo-se passar por outras pessoas. Os seus praticantes valem-se deste mesmo anonimato por forma a atingirem a vítima da forma mais vil possível.

A prevalência do cyberbullying aumentou, inevitavelmente, com a rápida ascensão do acesso a meios eletrónicos e em particular nesta forma de bullying, a propagação das difamações é instantânea e o efeito multiplicador do sofrimento das vítimas é imensurável, extrapolando como já se referiu os muros das escolas e expondo a vítima ao público.

Existe ainda outro fenómeno que surgiu recentemente, em que alguns jovens parecem retirar um prazer perverso e voyeurístico, ao gravar com o telemóvel incidentes de bullying em que vítimas inocentes são severamente espancadas. Neste tipo de bullying, que a comunicação social britânica denominou de *Happy Slapping*, há um esforço do atacante por fazer parecer que o ataque é apenas por brincadeira embora alguns destes incidentes resultem numa violência extrema (Lines, 2008).

Género e Idade

As diferenças de género são uma importante referência na percepção comum do relacionamento entre pares e o bullying. Tanto os rapazes quanto as raparigas tendem a manifestar pouca ou nenhuma diferença entre si, nas diferentes formas de agressão/vitimação (Sapouna, 2008; Scheithauer, et al., 2006; Viljoen, et al., 2005).

Verifica-se, no entanto a este nível, a existência da figura estereotipada de um rapaz que agride fisicamente um colega mais fraco, estando assim associados com maior frequência ao género masculino, episódios de natureza física. Por sua vez nas

raparigas são mais frequentes ações indiretas e/ou relacionais, sendo o retrato mais comum a utilização de boatos e falsidades de forma a vitimizar uma colega menos popular. No entanto, a intimidação verbal tem uma prevalência comum ao nível de ambos os géneros, mas as raparigas apresentam uma maior vitimização ao nível do bullying verbal, social e através da internet do que os rapazes (Craig, et al., 2007).

Assim, sabe-se hoje em dia que a diferença entre géneros assenta na forma de agressão e não na frequência deste comportamento, concluindo-se que as raparigas tendem a estar mais envolvidas em situações de agressão indireta, ou seja, o bullying verbal ou social e que por outro lado, os rapazes são os mais envolvidos em situações de maus-tratos, em especial a agressão física, enquanto agressores e enquanto vítimas (Espinheira & Jóluskin, 2009; Freire, Simão & Ferreira, 2006). Considerando então que a principal diferença consiste na forma de agressão praticada, podemos dizer, de uma forma geral, que os comportamentos mais apresentados pelos rapazes incluem as rasteiras, os pontapés e o bater nos colegas. Por outro lado, os comportamentos indiretos mais exteriorizados pelas raparigas são a humilhação, as intrigas e os rumores (Bjorkqvist, Lagerspetz & Kaukiainen, 1992, *cit. In Seixas 2009*).

Desta forma, o facto do género masculino se envolver mais frequentemente em atos de bullying, não o designa como mais agressivo, mas sim, que tem maior possibilidade de exercer esse tipo de comportamento. No género feminino, a seleção das atitudes para agredir de forma intencional é mais subtil, tornando desta forma mais difícil a identificação do fenómeno, nomeadamente quando utilizam mecanismos agressivos de carácter psicológico e/ou exclusão social (Ravens-Sieberer, Kökönyei, & Thomas, 2004).

É desta forma impriscindível nesta fase, salientar que nos primeiros tempos de investigação acerca do bullying e o género, o destaque foi para o sexo masculino e para o bullying físico. Pensava-se que o bullying ocorria em maior número nos indivíduos do género masculino, pelo que os estudos nesta área se centravam neste género. Tal deveu-se ao facto de que a perceção generalizada de que as raparigas também são vítimas e praticantes de bullying ter chegado muito tarde, em consequência das concetualizações iniciais sobre o bullying serem algo estreitas e limitadas aos tipos de bullying mais comumente praticados pelos rapazes, ou seja, o bullying físico direto. Desta forma, a ampliação da definição para incluir formas indiretas de bullying, mostrou que as raparigas estavam frequentemente mais envolvidas nesse tipo de bullying do que os

rapazes e que os seus efeitos eram no mínimo tão aniquiladores como os das outras formas de violência até então conhecidas. Crick e Bigbee (1998), verificaram que, ao incluir uma medida de vitimização relacional nos seus estudos, o número de vítimas identificadas aumentava, a maioria das quais do sexo feminino.

Vários autores procuram uma explicação para estas diferenças observadas entre os dois géneros, e a justificação encontrada baseia-se no facto de as crianças e os jovens ao magoarem intencionalmente os outros, fazerem-no através de algo que seja valorizado pelo seu próprio género. Assim, para o caso dos rapazes, no grupo de pares é dada importância à dominância e força física, pelo que estes tendem a recorrer à agressão verbal e física. Relativamente às raparigas, estas centram-se mais nas questões relacionais e sociais por isso são estas as estratégias utilizadas quando pretendem vitimizar alguém (Crick & Grotpeter, 1995, *cit. in* Seixas 2009).

Em Portugal, são os alunos de género masculino que se envolvem mais em comportamentos de bullying na escola, como agressores, vítimas ou ainda com o duplo envolvimento - vítimas agressivas (Costa & Pereira, 2010). Relativamente ao tipo de papel desempenhado, verifica-se entre os agressores um predomínio do género masculino, enquanto no papel de vítima não há diferenças entre géneros.

Estas representações do bullying entre jovens do sexo masculino e feminino ressaltam a necessidade de considerar o bullying escolar no contexto dos papéis associados ao género e ao desenvolvimento da masculinidade e da feminilidade (Félix & Green, 2010). Uma pesquisa levada a cabo pela Organização Mundial de Saúde, concluiu que em todos os países pesquisados, os rapazes assumem o estatuto de agressores/bullies mais frequentemente do que as raparigas, porém as raparigas reportam níveis de vitimização iguais ou por vezes superiores aos dos rapazes (Craig & Harel, 2004).

No que diz respeito à idade, sabe-se que a natureza do bullying muda de acordo com a maturação das crianças, que a prevalência do bullying diminui com a idade e a exposição a este fenómeno é, geralmente, maior entre crianças mais jovens e que pode iniciar-se na primeira infância e permanecer durante todo o percurso escolar, mas assume maior evidência durante os anos de transição de ciclo ou de escola.

Os diferentes estudos realizados apontam diferenças ao nível da idade nos episódios de bullying, mostrando assim que o desenvolvimento da criança está

associado a diferentes tipos de bullying. Considera-se que o bullying físico é mais frequente nas crianças mais jovens, nos anos de escolaridade iniciais e tende a diminuir com o aumento da idade, isto acontece porque o desenvolvimento global da criança e a aquisição de determinadas competências cognitivas e sociais parecem estar associadas ao recurso de outras formas de agressão (Pereira, 2006). As crianças mais velhas, de 3º ciclo e secundário, exibem formas de agressão indiretas como o bullying verbal e social (Martins, 2005).

Como foi referido acima, a agressão indireta e o bullying são característicos de crianças mais velhas e adolescentes, enquanto o bullying direto está mais associado a crianças mais jovens. Porém esta não é a única diferença, uma vez que o tipo de agressão perpetrado pelos mais jovens em relação aos seus pares distingue-se, identicamente, do bullying observado em alunos mais velhos, em termos da repetição desses mesmos ataques. Crianças mais jovens tendem a vitimar diferentes colegas, em diferentes ocasiões. Este facto significa que a vitimação é uma experiência relativamente comum durante a infância, mas tende a ser um caso isolado para muitas crianças. As crianças mais jovens têm também um conceito mais alargado do que é o bullying, o que pode refletir o estado mais básico do desenvolvimento das suas capacidades cognitivas e logo uma maior dificuldade em realizar subtis distinções comportamentais, em termos de repetição e desequilíbrio de poder.

Etiologia e Fatores de Risco

Ainda se sabe pouco acerca dos fatores que predis põem uma criança em relação ao bullying frequente ou à vitimização (Bauer et al., 2006). Contudo, as explicações para este fenómeno parecem concordar com aquelas que discutem, sem dúvida, a violência em geral, ou seja, não são somente causas sociais, culturais ou económicas isoladas.

Apesar de décadas de investigação, ainda existem lacunas na compreensão do bullying, em particular ao nível do conhecimento sobre os fatores ambientais que predis põem as crianças a se tornarem agressores/bullies (Zimmerman, Glew, Christakis & Katon, 2005). Assim, embora a investigação na área do bullying já tenha percorrido um longo caminho, definir um conjunto de fatores que expliquem de modo rigoroso as causas do bullying é uma tarefa complexa e incerta. É importante, ainda assim, destacar a relevância deste tema, uma vez que só apenas quando descobrirmos os fatores

responsáveis pela sua prevalência quer na escola ou na comunidade, estaremos mais perto de o antecipar e consequentemente de o prevenir (Rigby, 2007).

Embora não haja ainda forma de apurar com rigor um quadro completo e definitivo de influências, sabe-se hoje em dia que o bullying pode ser potenciado pelos seguintes aspetos: ambiente familiar desprovido de afeto (vínculo emocional inseguro); exposição a modelos agressivos; interiorização de conceitos morais inadequados (a lei do mais forte, a violência resolve, etc.); autoestima reduzida que origina reações excessivas e desproporcionadas; autismo ou distúrbio ao nível da comunicação ou do comportamento; fracas competências sociais; necessidade de exercer sobre os subordinados mais fracos o mesmo tipo de controlo e bullying que se sofreu por parte de colegas ou adultos; consumo de drogas; relações antagónicas que estimulam a violência; a complexa combinação de todos ou alguns dos aspetos anteriores (Lines, 2008).

Contudo, alguns autores como Avilés (2007, citado por Frick, 2011), consideram que as causas do bullying vão para além dos problemas de comportamento ou indisciplina, e reduzem os motivos do bullying em diferentes variáveis, nomeadamente: culturais (devido aos meios de comunicação que utilizam modelos que reproduzem e incentivam o uso da força e da violência); sociais (que se prendem com a aceitação da violência como forma de resolver os conflitos e consideram-na como algo normal); familiares (referem-se aos padrões educativos autoritários, permissivos ou negligentes, incluindo-se também os métodos coercivos e violentos, o tipo de relações estabelecidas, as condições socioculturais da família, os vínculos de apego estabelecidos e a permissividade da violência); escolares (dizem respeito à existência de métodos não cooperativos e autoritários, punitivos e inconsistentes, o clima da sala de aula, a falta de regras estabelecidas de forma democrática, falta de respeito e confiança na relação professor/aluno, entre outras); grupais (refere-se à procura de posição no grupo de pares, à popularidade no seio do grupo, ao sentimento de pertença, ao desejo de transgredir normas) e pessoais (incluem fatores como o temperamento, a aprendizagem de condutas submissas ou violentas, as experiências anteriores de maus tratos, a falta de autocontrolo, o défice de competências sociais, alguns traços físicos ou orientação sexual).

Ainda assim, para Rigby (2007), nenhuma teoria abrangente sobre o bullying se antevê num futuro próximo. Não obstante, a investigação atual aprofundou o

conhecimento existente sobre alguns fatores que contribuem para este comportamento, existindo hoje em dia mais compreensão sobre possíveis fatores genéticos bem como maior entendimento sobre os efeitos da família disfuncional, dos estilos negativos de parentalidade e sobretudo sobre a importância de um vínculo precoce entre a criança e o seu principal prestador de cuidados. Têm surgido também algumas observações que mostram que além das personalidades individuais das crianças desempenharem um papel relevante na origem do bullying, a dinâmica do grupo não pode ser negligenciada como fator motivacional e direcional, de grande parte do comportamento bullying que observamos nas escolas.

Todos estes fatores acima expostos constituem apenas alguns aspetos que os autores têm considerado estar na origem dos comportamentos de bullying. Como foi possível verificar, não é possível considerar que este fenómeno é despoletado unicamente por características individuais de quem o pratica e traços comportamentais do indivíduo, mas sim por diferentes variáveis, passando também pela educação familiar, assim como, por fatores circunstanciais como o clima e a organização escolar. O fenómeno é igualmente influenciado por processos grupais que se manifestam entre os indivíduos presentes na altura do acontecimento (Kumpulainen, 2008).

Intervenientes e o seu Perfil

É possível distinguir-se quatro grupos no âmbito de uma situação de bullying: os agressores/bullies, aqueles que apenas agridem as outras crianças; as vítimas, que são as crianças vitimadas pelos agressores; as vítimas agressoras/bully-victims, que são crianças que agridem os colegas, mas que também são vítimas de bullying e as crianças neutras, que não têm participação neste fenómeno. No entanto, Rigby (2007), refere que para além destes, são também protagonistas neste fenómeno, os apoiantes dos agressores e os apoiantes das vítimas.

Apesar dos dois principais intervenientes no bullying serem o agressor e a vítima, este fenómeno acaba por afetar todos os que nele participam, de forma direta ou indireta, (Fonseca & Veiga, 2007) e todos quantos estão presentes quando ocorre um comportamento destes têm um determinado impacto na situação. Geralmente todas as pessoas presentes acabam por ter influência na situação de bullying através do seu comportamento, quer seja ativamente ou passivamente, levando a uma situação social muito complexa que é um desafio para todos os implicados (Kumpulainen, 2008).

Barros, Carvalho e Pereira (2009, p. 114) designam “o conjunto de todos os intervenientes destas situações como o ciclo de agressão” e Salmivalli (2010), como “bullying circle” in which eight different bystander modes of reaction represent the combinations of children's attitudes to bullying (positive–neutral– indifferent–negative) and behaviors (acting vs. not acting)”.

Agressores

Ao tentar caracterizar os agressores, é importante começar por referir que não existe um único perfil de agressor, pois uns podem ser mais violentos (reativos) e outros mais manipuladores e até sedutores (proativos) (Pereira et al., 2009), sendo que o tipo de perfil assumido varia em função dos objetivos do agressor (Kim, 2006). Porém, podemos dizer que estes são crianças ou jovens que procedem de forma agressiva e persistente para com um ou mais colegas, geralmente mais fracos e incapazes de se defenderem, com o intuito de magoar ou prejudicar, física ou moralmente.

De uma forma geral podemos dizer que os agressores são frequentemente do género masculino, mais velhos e mais fortes. Apresentam insegurança, ansiedade e falta de competências de resolução de conflitos (Matos & Gonçalves, 2009), têm poucos modelos positivos de adultos, estão insatisfeitos com a escola e com a família e revelam absentismo escolar.

Os bullies têm dificuldade em adaptar-se às normas e não aceitam ser contrariados (Fante, 2005). Por outro lado, aceitam a violência e têm necessidade de ter poder e dominar os outros, sentem pouca empatia para com as suas vítimas, “sentem-se bem na sua pele” (Olweus, 1993a, p.35), encaram a sua agressividade como uma qualidade e têm opiniões positivas acerca de si próprios. São, geralmente, bem aceites pelos colegas, normalmente têm alguma popularidade e são acompanhados por um pequeno grupo. Estes alunos são também mais propensos a adotarem comportamentos de risco, tendo assim maior probabilidade de consumir álcool e tabaco bem como outras drogas, sofrem também de um menor ajustamento tanto a nível académico como no que respeita à perceção do ambiente escolar.

Estes alunos são normalmente mais altos, fortes, agressivos, impulsivos e não cooperativos e podem adquirir poder sobre as suas vítimas através da estatura física, pela sua idade, tamanho ou força, ou por fatores de natureza social, devido ao papel

desempenhado no grupo ou na procura de apoio por parte de outros (Pereira, 2008). Muitas vezes, o facto das vítimas não se conseguirem defender, contribui para que os bullies afirmem a sua posição na hierarquia do grupo e/ou se tornem mais populares entre os colegas. Lago, Massa e Piedra (2006), referem que o principal objetivo de um bullie é ter um papel dominante e agressivo, pois os bullies acreditam que ao se mostrarem mais fortes e ao demonstrarem o seu poder aos outros, serão mais e melhor aceites.

Se for repreendido o agressor pode reagir com mais violência, podendo atuar descontroladamente no sentido de impressionar, uma vez que é capaz de qualquer coisa para se tornar popular. No entanto, muitas vezes os próprios bullies são ou foram eles próprias vítimas de maus tratos, sendo que, entendem que perpetuando os seus comportamentos negativos e mantendo a convicção de que prejudicar os outros é a única forma de evitarem um pouco o sofrimento (Fante, 2005). Isto remete-nos para o facto de estes alunos serem indivíduos geralmente pertencentes a famílias desestruturadas e disfuncionais, nas quais há pouco relacionamento afetivo entre os seus membros e que conseqüentemente viveram com pouca supervisão dos pais. Neste ambiente, estas crianças aprenderam que o modelo para solucionar um problema recomenda o uso de comportamento agressivo (Santos & Cunha, 2010) e daqui compreende-se que pais que foram bullies no seu tempo de escola, tendem a ver o seu comportamento reproduzido nos seus filhos (Smith, 2002).

Vítimas

Considera-se então vítima, o aluno que é exposto de forma repetida e durante algum tempo, às ações negativas levadas a cabo por um ou mais alunos. De acordo com Seixas (2006), a maior parte destes comportamentos ocorre afastada da supervisão dos adultos e a vítima sente-se frequentemente incapaz de se queixar ou descrever o que aconteceu, devido ao receio de represálias.

Na sua maioria, as vítimas típicas caracterizam-se por serem crianças e adolescentes mais passivos, frágeis, introvertidos, que sentem medo ou vergonha, muitas das vezes isolados, sem muitos amigos, vulneráveis e com um retraimento social suficiente para impedi-los de solicitar ajuda. As vítimas são frequentemente ameaçadas, intimidadas, discriminadas e agredidas (Santos & Cunha, 2010), não gostam de violência e são incapazes de se defender, revelando medo, tristeza e choro.

A nível emocional apresentam baixa autoestima, problemas de ansiedade e insegurança, tendo por vezes uma família sobreprotetora. Muitas vezes a autoestima acaba por agravar-se por intervenções críticas a que por vezes são sujeitas, ou pela indiferença dos adultos sobre o sofrimento que estão a ultrapassar, podendo mesmo acreditar que são merecedoras dos maus-tratos que estão a sofrer (Neto, 2005). Por ser frequente apresentarem algumas lacunas ao nível de competências sociais, insegurança e passividade, as vítimas não costumam reagir às provocações e à agressividade, uma vez que não dispõem de habilidades físicas e emocionais para reagir (o que contribui para a continuidade da vitimização).

Como se referiu, estes alunos que são vítimas, são crianças ou jovens inseguros que são facilmente amedrontados, tendo dificuldade em pedir ajuda e em se defender, pelo que ir à escola acaba por se tornar um sacrifício para estes alunos (Pereira, 2008). Desta forma, adotam uma atitude de afastamento em relação à escola, uma vez que o medo e a preocupação podem afetar o seu rendimento escolar, e exibem sintomas físicos e psicológicos, como depressão, ansiedade e o conceito negativo de si próprio (Espinheira & Jólluskin, 2009).

De acordo com Laranjeira, Bártolo e Almeida (2001), as crianças nomeadas como vítimas passam muito mais tempo em contactos sociais positivos com os pares, ou então sozinhas envolvendo-se em jogos solitários onde não há manifestação de interação social. Este grupo tende também a estar mais em grupos pequenos, e são menos populares do que as restantes crianças. Também Coloroso (2003), defende que as crianças vítimas de bullying tendem a ser mais isoladas e para além disso a ter mais problemas de concentração na escola e a tornarem-se, também elas, mais agressivas. A autora chama a atenção para alguns dos casos, que se tornaram mediáticos, de crianças vítimas de bullying durante sucessivos anos, que acabaram por cometer crimes sob a forma de massacres nas escolas que frequentavam, suicidando-se em seguida. E os casos de suicídio acontecem, em geral, nas pessoas que não suportaram a grande pressão psicológica do bullying e que não conseguem reunir condições para desabafar com alguém (Neto, 2005).

Uma associação que se faz frequentemente à vítima, é o facto de ser alguém que apresenta alguma característica distinta do grupo, física ou comportamental, uma vez que podem ser algumas das suas características físicas, comportamentais ou emocionais, que os podem tornar mais vulneráveis às ações dos agressores e dificultar a aceitação

dos colegas (Neto, 2005). Porém, Olweus (2006), faz uma ressalva importante ao afirmar que os desvios físicos externos (ser muito baixo, obeso ou muito magro) não são as causas do bullying. Também Rodriguez (2007), refere que o facto de uma criança ter um pormenor que chame a atenção dos seus colegas, por não corresponder aos padrões físicos impostos por eles (ter orelhas grandes, usar óculos), não significa, por si só, que isso vai fazer com que seja escolhida pelo bully. Pelo contrário, por vezes passam despercebidas aos olhos dos agressores, sobretudo quando se trata de um jovem que se sabe defender.

Rosa (2010), alerta para os efeitos psicológicos do bullying, que podem deixar uma grande marca nas vítimas: padrões de auto-descrédito e rendimento abaixo do esperado, relações desiguais, dor e raiva, podem por vezes ser transportados até à vida adulta.

Vítimas Agressivas

Este grupo (bully/vítimas ou vítimas agressivas), raramente é referido devido ao número pouco expressivo de alunos que o constitui e são frequentemente integrados no grupo das vítimas. No entanto, segundo Seixas (2005, p.98), “uma primeira distinção entre vítimas passivas (inseguras, ansiosas e incapazes de se defender) e bully/vítimas (de temperamento exaltado e que retaliam o ataque), foi desde logo proposta nos primeiros trabalhos de Olweus (1978)”. Também o mesmo autor refere que “estes alunos que simultaneamente agredem e são vitimizados, assumem-se assim como um grupo distinto tanto dos agressores como das vítimas ainda que com ambos partilhem algumas características” (Seixas, 2005, p.98).

As vítimas agressivas apresentam assim, características próprias que não resultam apenas da soma das características dos agressores com as vítimas, caracterizando-se desta forma por serem indivíduos ansiosos, que combinam uma baixa auto-estima com atitudes agressivas e provocativas, adotando um comportamento irritante e provocador que leva os outros a reagir agressivamente e frequentemente tendem a perder os confrontos que provocam. As crianças que se inserem neste grupo podem também apresentar sinais de depressão, ansiedade, insegurança e humilharem os outros com o objetivo de esconder as suas próprias limitações, diferenciando-se vulgarmente dos agressores, por serem impopulares e frequentemente rejeitados pelos

seus colegas e, por vezes, até pela turma toda (Lopes, 2005). Quando ocorre este fenómeno, normalmente está associado aos indivíduos do género masculino, mais impopulares e rejeitados (Seixas, 2005).

Vulgarmente estes alunos, sofrem bastante com a vitimização de que são alvo e tendencialmente procuram indivíduos mais vulneráveis que eles, para transferirem para esses mesmos indivíduos, as agressões sofridas. Estas vítimas são fisicamente mais fortes que as vítimas típicas, são facilmente provocadas e costumam provocar os seus colegas, gerando mensagens de ataques e defesa, poder e submissão (Fante, 2005). Este grupo de alunos situa-se numa posição de maior risco psicossocial uma vez que apresentam em simultâneo algumas das características da vítima e das do agressor, já mencionadas (Martins, 2005).

Diagnóstico e Avaliação do Bullying

O maior índice dos casos de bullying na escola passa despercebido, ou são mantidos em segredo durante muito tempo. Devemos estar atentos a determinados comportamentos e obter o maior número possível de informações junto a outros alunos e com os pais, quanto a mudanças ou sinais, que possam identificar com maior eficiência as possíveis vítimas.

O diagnóstico do bullying em contexto escolar é complexo, exigindo a recolha de informação junto dos diferentes agentes educativos. Assim, da extensa revisão da literatura realizada, depreende-se que a recolha de informação deverá ser a mais abrangente possível, envolvendo o máximo de agentes educativos e consequentes perceções e realidades.

Relativamente ao modo de recolha de informação, existe uma variedade considerável de instrumentos, quer de natureza qualitativa quer quantitativa. De entre os métodos mais frequentes de recolha de informação de natureza qualitativa, destacam-se as entrevistas semiestruturadas, os inquéritos com questões abertas, a observação naturalista na sala de aula ou nos espaços escolares e os relatórios de professores (Martins, 2007). Os instrumentos de recolha de informação de natureza quantitativa mais comuns são: os questionários individuais dirigidos a alunos, a professores, a funcionários e a pais; a nomeação de pares e os testes sociométricos e psicossociais (Martins, 2007).

Segundo Carvalhosa et al. (2009), os questionários são a forma mais utilizada de recolha de informação e o melhor método para identificar os agressores e as vítimas, sendo considerados a forma mais fiável e mais rápida para aplicar a um grande número de alunos e que nos dá a possibilidade de análise na natureza e extensão do bullying em geral, bem como os reais efeitos da intervenção. A principal referência neste tipo de instrumentos é o questionário de Olweus (1993), denominado “*Olweus Bully/Victim Questionnaire*”, sendo este o questionário mais difundido e aplicado, com as suas devidas adaptações. O mesmo é constituído por 25 questões de escolha múltipla, as quais se relacionam às características sócio-demográficas, sobre as relações de amizade e as principais características de vitimização e de agressão. As questões fundamentais baseiam-se em informações referentes à frequência da vitimização, às formas e comportamentos e aos locais de maior ocorrência da agressão; diz respeito ainda às características dos agressores, dos observadores e às informações dadas aos professores e pais sobre os fatos ocorridos.

No entanto, os questionários também podem apresentar algumas limitações, nomeadamente no que diz respeito à honestidade das respostas por parte dos agressores, podendo estas não serem tão autênticas, pois as mesmas podem ser subestimadas de forma consciente ou até inconsciente pelos mesmos. “As respostas dos instrumentos de auto-preenchimento poderiam não ser honestas uma vez que o objetivo do agressor é permanecer incógnito” (Osterman, 1999, citado por Seixas, 2005, p. 100). “Também exige que a criança possa acreditar no entrevistador e na garantia de confidencialidade da informação que dá. No entanto é uma técnica imprescindível para se colher informações detalhadas” (Pereira, 2008, p. 28).

O uso da técnica de observação, proporciona informação objetiva sobre as ações dos sujeitos envolvidos, especialmente dos alunos alvos. Porém, existem algumas dificuldades no registo dessas técnicas, quer seja devido ao grande número de alunos ou ainda devido ao facto destes comportamentos acontecerem muitas vezes longe do observador. Segundo Pereira (2008, p. 28), “A observação direta ou indireta implica a colaboração de vários observadores e apresenta grande dispêndio de tempo. É uma técnica muito morosa e nem sempre eficaz para este tipo de estudo”. Outro fator de dificuldade diz respeito aos espaços da escola não frequentados pelo observador. De acordo com Pellegrino & Martini (2001, p.151), “O fato de o observador não se encontrar presente nalguns locais, no interior da escola, onde alguns comportamentos de

bullying ocorrem, constitui uma limitação óbvia a ter em conta na utilização destes instrumentos”

Também o uso e o preenchimento dos instrumentos pelos professores trazem uma desvantagem, que é o fato de muitos casos de agressão não ocorrerem dentro da sala de aula, o que dificulta a sua percepção, pois só se vão revelar em experiências com os alunos em contextos específicos. Porém, pode ser uma rica fonte de informações adicionais sobre o comportamento ou ajustamento social de alguns alunos, possíveis agressores. “Nomeadamente, quando pretendemos caracterizar estes alunos nalguns domínios da sua vida (pessoal, familiar, social, escolar, de saúde), a primeira preocupação que antecede à escolha de instrumentos que permitam recolher informação sobre estes mesmos domínios, relaciona-se com a seleção dos sujeitos” (Seixas, 2005, p. 101).

A respeito do recurso ao instrumento nomeação de pares, são os próprios colegas que identificam o comportamento de seus pares, identificando dentro da sala os agressores e as vítimas, podendo ser bastante importante para as relações sociais com os colegas do grupo. Seixas (2005), destaca que esta técnica pode ser uma forma privilegiada para a identificação dos alunos que se envolvem com o bullying, uma vez que os alunos vitimizados procuram maior ajuda com os amigos e com menor frequência com os familiares ou, raramente, dos professores. Mas, “algumas limitações podem ser identificadas como a inexistência de informação sobre a natureza do bullying e as experiências das crianças” (Pereira, 2008, p. 28).

Ainda conforme Catini (2004), outro método muito utilizado pode ser desenvolvido através de entrevistas semiestruturadas, pois estas representam um método qualitativo de recolha de dados, juntamente com as narrativas escritas e observações.

Furlong et al. (2010), sugerem que os instrumentos utilizados de modo a avaliar o bullying devem ser contemplados nas questões elaboradas, os três componentes aliados à definição do próprio bullying: intencionalidade, repetição e desequilíbrio de poder, pois só assim se conseguirá obter uma maior precisão nos resultados obtidos.

Consequências do bullying

Ao longo do percurso escolar, um aluno que experiencie bullying, seja como vítima ou como agressor, sofre implicações negativas imediatas e ao longo da vida.

É por estas razões que este problema não pode ser encarado como um acontecimento normal, que faz parte da escolaridade, nem visto como uma “preparação para a vida” (Pereira, 2008).

De uma forma geral, o bullying produz efeitos na aprendizagem dos alunos e no abandono escolar precoce e tem ainda consequências ao nível das relações interpessoais e no desenvolvimento sócio emocional (Carvalhosa et al., 2009). O bullying acarreta também consequências negativas para o clima escolar. Numa escola onde existem elevados níveis de agressão ou de vitimização, a comunidade escolar sente-se menos segura e satisfeita. Consequentemente, este clima de instabilidade pode contribuir para um decréscimo de motivação e de produtividade.

Relativamente ao grupo dos bullies a literatura aponta para as consequências a longo prazo, sendo que Pereira (2002), sintetiza as principais:

1. Crença na força como forma de resolução de problemas;
2. Dificuldades em respeitar a lei e os problemas que daí advém;
3. Dificuldades na inserção social;
4. Problemas de relacionamento afetivo e social;
5. Incapacidade ou dificuldade de autocontrolo e comportamentos antissociais (quanto mais jovem for a criança buli, maior será o risco futuro), bem como estarem envolvidos segundo Grais & Hare (2002, cit. in Ferreira, 2006), em atos de criminalidade;
6. Dificuldades em ter um emprego estável e em manter relações afetivas duradouras (Ferreira, 2006);
7. Podem ainda praticar violência doméstica, ou mesmo bullying no trabalho.

No geral, as crianças ou jovens agressores, não experimentam consequências imediatas das suas ações, o que contribui para que estes alimentem a ideia de conseguirem alcançar os seus objetivos com recurso à violência. Quando adultos, os agressores apresentam um maior risco de desenvolverem comportamentos antissociais e de perda de oportunidades, tais como a instabilidade no trabalho e relacionamentos

pouco duradouros (Lopes, 2005). Os bullies também apresentam problemas escolares e têm grande probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco para a saúde e de apresentarem comportamentos violentos ou delinquentes (Carvalhosa, 2010).

Relativamente às vítimas, Lopes (2005), considera que estas têm mais probabilidades de apresentar depressão, baixa autoestima e autoconceito negativo e depreciativo quando se tornam adultas. Durante o período em que está exposta à vitimização, a vítima possui pior desempenho escolar, relutância em frequentar a escola, sofrimento psicológico e sintomas de desconforto físico. A consequência mais extrema do bullying é o suicídio, que pode resultar direta ou indiretamente da vitimização constante que leva o indivíduo ao limite da sua capacidade para suportar as agressões (Pereira, 2008).

Em geral, as consequências do bullying para as vítimas são:

- a) Temem a escola, pois vêem-na como um local desagradável e inseguro;
- b) Transformam-se em adultos inseguros;
- c) Adquirem uma autoestima mais pobre e uma tendência maior para entrar em estados depressivos;
- d) Apresentam frequentes problemas de relacionamentos sociais, íntimos e familiares;
- e) Algumas vítimas acabam no suicídio, enquanto outras se tornam, elas próprias, em pessoas violentas.

Pereira (2008), relativamente às consequências para as vítimas, diz que estas têm vidas infelizes sob a sombra do medo, perda de confiança nos outros e dificuldades de ajustamento na adolescência. Para Ens, Souza e Nogueira (2010), os alunos que sofrem bullying, dependendo das suas características individuais e das suas relações com a família, podem muitas vezes não superar os traumas sofridos na escola e crescerem por isso com sentimentos negativos, tornando-se adultos com sérios problemas de relacionamento.

Ens, Souza e Nogueira (2010), afirmam ainda, que as consequências em relação às vítimas dependem muito de cada indivíduo, da sua estrutura, das vivências, da predisposição genética, da forma e da intensidade das agressões. Muitos levarão marcas para o resto das suas vidas, provenientes das agressões, e necessitarão de apoio profissional, como médicos psiquiatras ou psicólogos, para a superação desses

problemas. De entre as consequências referidas, destacamos ainda, desinteresse pela escola, problemas psicossomáticos, problemas comportamentais e psíquicos como transtorno do pânico, depressão, anorexia e bulimia, fobia escolar, fobia social, ansiedade generalizada, entre outros.

O bullying é um fenómeno que abrange, não só os alunos diretamente envolvidos, mas também todos os outros, uma vez que causa na escola um ambiente de trabalho pouco agradável e seguro, afetando todos os alunos em geral. Holt e Espelage (2007), destacam ainda que os traumas causados pelo Bullying, podem ou não, ser superados e essa superação vai depender das características de cada indivíduo, do seu relacionamento consigo mesmo e com a sociedade, principalmente com a sua família.

Programas de Intervenção e Combate ao Bullying

As experiências de bullying têm um papel relevante no desenvolvimento social pouco saudável, podendo levar as crianças a considerarem que a escola deixa de ser um espaço de aprendizagem, vínculo e proteção. Assim sendo, é importante que a comunidade escolar esteja consciente e preparada para diagnosticar, intervir e prevenir o bullying (Lourenço, Pereira, Paiva & Gebara, 2009).

Desta forma, surgiu a implementação de estratégias e programas de prevenção com a colaboração de diversos profissionais do âmbito social, de modo a promover a segurança nas escolas, numa tentativa de redução do bullying. Os programas mais eficazes, são aqueles que se baseiam no modelo ecológico de prevenção primária e de intervenção na prevenção secundária (uma vez que é necessário identificar os seus diferentes níveis e perceber o contributo de cada um para a prevenção deste tipo de comportamento), abrangendo toda a comunidade (Martins, 2007).

Os programas de intervenção no âmbito da prevenção devem procurar envolver toda a comunidade educativa, desde os alunos, os professores, os funcionários, os pais e outros elementos da comunidade local, uma vez que se conseguem obter resultados mais promissores quando se adota uma perspetiva mais global, em vez de trabalhar apenas com os atores envolvidos no bullying. Contudo, para que um programa de intervenção tenha êxito, é fundamental que as estratégias utilizadas tenham também em conta o tipo de bullying que se pretende prevenir ou erradicar (Martins, 2005).

Desta forma, Sharp, Thompson e Arora (2000), referem a importância de seguir cinco etapas fundamentais na implementação deste tipo de programas:

1. A primeira etapa diz respeito à sensibilização e à consciencialização do problema, onde se deve informar e envolver toda a comunidade escolar no fenómeno bullying;
2. De seguida deve-se realizar uma pequena investigação, onde se faz a observação da realidade escolar e do problema;
3. Posteriormente segue-se a fase de elaboração do projeto de intervenção;
4. Procede-se logo depois à difusão e implementação do programa;
5. Por fim, é necessário assegurar a monitorização e avaliação do programa, por forma a determinar o seu êxito ou não.

De entre os programas de intervenção existentes, destaca-se um dos programas mais conhecidos ao nível da prevenção do bullying que é o Programa de Prevenção de Bullying de Olweus (“*Olweus Bullying Prevention Program*” – OBPP), criado por Dan Olweus. Este programa tem como objetivos prevenir e reduzir os problemas de Bullying e obter um melhor relacionamento entre os alunos na escola, e para os conseguir atingir, as escolas devem reestruturar o seu ambiente de modo a conseguir reduzir as ocorrências de bullying e construir um espírito de comunidade e cooperação entre os estudantes. O programa é baseado em quatro princípios fundamentais:

1. Os adultos na escola devem mostrar cordialidade e interesse pelos seus alunos;
2. Estabelecer limites claros para comportamentos inaceitáveis;
3. Ser consistentes e não utilizar castigos hostis e agressivos quando as regras são violadas;
4. Agir como modelos positivos.

Estes princípios são concretizados através dos quatro componentes específicos do programa, que incluem diferentes níveis de atuação: a escola, a sala de aula, o indivíduo e a comunidade.

Também Smith em 2002, desenvolveu no Reino Unido um programa de intervenção, em que as medidas propostas pelo investigador são distribuídas por cinco etapas fundamentais: 1) a consciencialização para o problema; 2) a auscultação a toda a comunidade escolar para recolha de informação, a preparação e redação final do

projeto; 3) a divulgação e implementação do programa; 4) e por fim, a monitorização e avaliação do mesmo.

Em Portugal, é de salientar o programa definido por Pereira em 1999, para a redução e prevenção do bullying, que se estabelece em três linhas principais: 1) o reconhecimento do problema por parte de toda a comunidade educativa; 2) a constituição de uma equipa de trabalho ligado à direção da escola; e 3) levantamento e diagnóstico da realidade escolar para a definição e implementação de medidas de intervenção. Os resultados obtidos com este programa permitiram observar que houve um sucesso moderado da intervenção, expresso na contenção e na prevenção do aparecimento de novos casos. Pereira defende assim que os programas de intervenção devem passar pelo desenvolvimento de valores, de competências sociais e da capacidade de partilhar e discutir ideias, de forma a conseguir resolver os problemas detectados.

Apesar de existirem vários programas de intervenção anti-bullying, o de Olweus e o de Smith são os dois mais referenciados, que têm servido de base para grande parte das intervenções. Os mais importantes elementos dos programas em que ocorre uma redução do bullying incluem métodos disciplinares, encontros com os pais, supervisão nos recreios, formação para os pais, conferências escolares, regras e gestão na sala de aula (Farrington & Ttofi, 2009).

Segundo Ross & Horner (2009), importa por fim perceber e concluir, que a intervenção no fenómeno do bullying não é realizada por um programa idêntico em cada situação, mas antes cada escola/contexto deverá procurar desenvolver medidas educativas e pedagógicas adaptadas à sua realidade, obtendo-se desta forma resultados promissores. Salienta-se ainda que a prevenção do bullying implica um trabalho árduo na modificação de contextos e de envolvimento dos indivíduos, não havendo apenas um único método, mas sim uma variedade de metodologias. O desenvolvimento de novas políticas e práticas para a redução do bullying deverá ser delineado a um nível elevado de qualidade e de eficácia, contemplando na sua elaboração o diagnóstico da realidade em que se pretende intervir e colocando como intervenientes toda a comunidade escolar.

II – Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (PDAH)

Conceito

Em 1798, o médico escocês Alexander Crichton, descreveu um quadro clínico caracterizado por alto grau de distratibilidade, que em tudo se assemelhava à atual PDAH. A definição da PDAH atravessou ao longo dos tempos várias controvérsias, e o reconhecimento mundial desta doença ocorreu em 1968, quando esta foi contemplada como uma categoria diagnóstica no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-II), com a designação de Distúrbio Hiperkinético da Infância. Uns anos antes, em 1902, G. Still fez a primeira referência científica a esta perturbação, descrevendo um conjunto de crianças que apresentavam uma sintomatologia comportamental muito semelhante às atuais crianças hiperativas e com Perturbação de Oposição. Atualmente as designações mais utilizadas são a da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2002) – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PDHAt) e da Organização Mundial de Saúde – Distúrbio Hiperkinético (2007) mas, é a definição da APA – PDAH - que se encontra mais difundida.

A PDAH, tem vindo a receber diferentes caracterizações e definições ao longo dos anos, mas, de uma maneira geral, resume-se como um distúrbio neuro comportamental, que é mais frequente em crianças em idade escolar. As formas em que se apresenta são variáveis e os sintomas devem ser valorizados sempre que causem prejuízos no rendimento escolar, no ajuste emocional ou social da criança. É uma perturbação que atinge hoje em dia muitas crianças frequentemente por volta dos sete anos de idade, tratando-se de um comportamento que ocorre tanto em casa como na escola, sendo difícil a sua avaliação, principalmente na idade adulta. A PDHA caracteriza-se como já se referiu, por uma atividade motora excessiva, falta de atenção e impulsividade, sendo para os pais e professores muito difícil lidar com esta problemática.

Esta perturbação constitui um dos mais importantes e recentemente talvez o mais estudado, transtorno comportamental em crianças, adolescentes e adultos, tendo recebido uma crescente preocupação por parte da sociedade, sendo atualmente considerado um problema de comportamento real. Esta perturbação afeta não só o próprio indivíduo, mas também os seus relacionamentos, quer no meio familiar, escolar

ou social. Segundo a DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), a prevalência deste diagnóstico está estimada entre 3% a 7% nas crianças em idade escolar de acordo com a natureza da amostra populacional e método de avaliação.

Atualmente ainda não se chegou a um consenso acerca da definição exata da problemática, no entanto, na sua maioria os investigadores consideram que a PDAH se caracteriza por um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperatividade e impulsividade com frequência e severidade maior do que na maioria dos indivíduos com um nível semelhante de desenvolvimento, interferindo significativamente no rendimento académico, laboral e até mesmo social. Desta forma, a PDAH, revela um padrão caracterizado por dificuldades persistentes para alguém se conseguir concentrar numa tarefa, acompanhado por comportamentos hiperativos e impulsivos. Segundo Lopes (2004), caracteriza-se pela agitação, inquietude, desorganização, imaturidade, relacionamento social pobre, inconveniência social, problemas de aprendizagem, irresponsabilidade, falta de persistência, preguiça, etc. São estas algumas das características atribuídas frequentemente a estas crianças.

A discussão em volta da definição da PDAH, resulta daquilo que se entende que sejam as suas causas e características, uma vez que nunca se lhe atribuiu uma causa única, nem uma única característica. Muitos autores referem que existe falta de consenso entre os investigadores sobre as características referidas e consideram muitas delas de natureza subjetiva e ao mesmo tempo contraditórias.

Apesar da grande diversidade de definições de PDAH existentes, é necessário ter em conta aquela que é aceite pelo DSM-IV-TR (2002), na qual esta perturbação tem como principal característica um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade/hiperatividade. Por outro lado, os sintomas que caracterizam este padrão devem ter-se manifestado antes dos sete anos de idade, os problemas derivados dos sintomas da PDAH devem ocorrer em pelo menos dois contextos (por exemplo em casa e na escola) e deverá verificar-se um défice significativo do funcionamento social, escolar/académico ou laboral.

Além disto, para haver lugar a diagnóstico de PDAH, o DSM IV – TR (APA, 2002), refere que a perturbação requer a presença persistente e perturbadora de, pelo menos, seis sintomas numa lista de nove, relacionados com problemas de atenção, e seis sintomas numa lista de nove relacionados com problemas de hiperatividade/impulsividade. O seu diagnóstico pressupõe que os sintomas referidos

são uma desadaptação em mais do que um dos contextos de vida quotidiana (familiar, escolar, lúdico e trabalho) e manifestam-se antes dos 7 anos de idade (ver tabela 2).

Tabela 2 - DSM – IV – Critérios de diagnóstico para PDAH, In: DSM IV – TR - American Psychiatric Association, 2002

Critérios principais

1) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de falta de atenção devem persistir pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente, em relação com o nível de desenvolvimento:

(a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras atividades lúdicas;

(b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades;

(c) com frequência parece não ouvir quando se lhe dirigem diretamente;

(d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos, ou deveres no local de trabalho (sem ser por oposição ou por incompreensão das instruções);

(e) com frequência tem dificuldade em organizar tarefas ou atividades;

(f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de casa);

(g) com frequência perde objetos necessários a tarefas ou atividades (por exemplo brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);

(h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;

(i) esquece-se com frequência das atividades quotidianas.

2) 6 (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade – impulsividade persistiram pelo menos durante 6 meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsciente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade

(a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;

(b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;

(c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescente ou adultos pode limitar-se a sentimentos de impaciência);

- (d) com frequência tem dificuldades para jogar ou dedicar-se tranquilamente a atividades de ócio;
- (e) com frequência "anda" ou só atua como se estivesse "ligado a um motor";
- (f) com frequência fala em excesso.

Impulsividade

- (a) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (b) com frequência tem dificuldades em esperar pela sua vez;
- (c) com frequência interrompe ou interfere nas atividades dos outros (ex. intromete-se nas conversas ou jogos).

Critérios adicionais

- A)** A característica essencial da PDAH, é um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento.
- B)** Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou de falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade;
- C)** Alguns problemas relacionados com os sintomas devem ocorrer, pelo menos, em 2 ou mais contextos [por exemplo, escola (ou trabalho) e em casa];
- D)** Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento (social, académico ou laboral).

Codificação baseada no tipo:

Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade **Tipo Misto:** tem uma combinação de sintomas característicos de PDAH tais como: défice de atenção, hiperatividade e comportamento impulsivo. Este é o tipo mais frequente. Os sintomas tendem a manter-se inalteráveis durante o crescimento do indivíduo.

Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade **Tipo Hiperativo-Impulsivo:** a agitação, hiperatividade e impulsividade, são mais marcantes na PHDA do tipo Hiperativo-Impulsivo. A hiperatividade pode ser um problema, uma vez que perturba o ambiente envolvente. A busca constante de estimulação, impulsividade e dificuldade em pensar antes de agir, pode trazer consequências, tanto para crianças quanto para adultos.

Perturbação de Défice de Atenção com Hiperatividade **Tipo Predominantemente Desatento:** Estes doentes são caracterizados por serem sonhadores, distraídos, lentos e por vezes rígidos e inseguros. Distraem-se facilmente e têm medo de falhar, entram facilmente em pânico por se sentirem desorientados. Esta sintomatologia é mais verificada nas raparigas e raramente se consegue diagnosticar na infância.

Notas de codificação: Para sujeitos (especialmente adolescentes e adultos), que atualmente tenham sintomas e que já não preencham todos os critérios, deve especificar-se «em Remissão Parcial»

Etiologia

A origem da PDAH é ainda uma incógnita, porém, sabe-se que se trata de uma patologia multifatorial, estando assim relacionada com um conjunto de fatores que podem predispor o indivíduo para a perturbação, nomeadamente, fatores genéticos, neurológicos e ambientais. Atualmente, acredita-se que a PDAH é causada essencialmente, a partir de fatores internos do indivíduo, nomeadamente em processos relacionados com o desenvolvimento do sistema nervoso central e que podem ter origem genética (hereditária). No entanto, e uma vez que as verdadeiras causas nunca poderão ser totalmente identificadas, não parece poder afastar-se a hipótese de que as explicações biológicas coexistam com outras explicações (Lorys- Vernon et al., 1993, *cit. in* Fonseca, 1998).

Os fatores neurológicos, tentam relacionar as causas da PDAH com possíveis lesões cerebrais, uma vez que foram reportados comportamentos semelhantes entre crianças com PDAH e indivíduos que tinham sofrido lesões cerebrais na área frontal do cérebro. No entanto, estudos recentes mostram que apenas 5-10% de crianças poderão ter desenvolvido esta perturbação devido a lesão cerebral. De acordo com Taylor (1991), *cit. in* García (1999), é possível estabelecer conclusões definitivas a este respeito, pois o que ocorre na realidade é que o nível atual de conhecimentos científicos sobre a relação entre lesões cerebrais e alterações psicológicas se encontra limitado pelo tipo de alterações cerebrais que é possível examinar com os meios técnicos existentes.

Ressalve-se, no entanto, que as lesões no cérebro para além de provocarem distúrbios específicos, exercem influência mediante a maior ou menor vulnerabilidade da criança aos problemas psicológicos.

Logo, as lesões físicas do cérebro não são obrigatoriamente causas de comportamentos hiperativos, mas sim de manifestações de condutas, tais como a atividade motora excessiva, a impulsividade e a falta de atenção.

Foram também realizados estudos acerca da administração de farmoquímicos, sobre os neurotransmissores cerebrais e também se estudou o efeito da medicação na atividade cerebral em crianças com PDAH (comparando com crianças sem a perturbação). As diferenças encontradas em determinadas áreas do cérebro de crianças com PDAH, nomeadamente ao nível da sua composição química, do seu desenvolvimento e da sua atividade, constituem um desafio para a investigação, no sentido de se perceber porque tal acontece. No entanto, sabe-se que a estrutura cerebral das crianças com PDAH é normal, mas o seu funcionamento tem certas anomalias, pois não produz neurotransmissores (dopamina e noradrenalina) suficientes em áreas chave do cérebro que são responsáveis pela organização do pensamento. Sem estas substâncias, os centros responsáveis pela organização do cérebro não funcionam corretamente (Pinto, 2008).

Existem referências na literatura que associam fatores ambientais à incidência desta perturbação e que podem atuar em vários períodos, nomeadamente, pré-natal como é o caso do consumo excessivo de substâncias, como álcool e drogas, durante a gravidez; perinatal tais como complicações durante a gravidez e parto e baixo peso ao nascer; e pós-natal, como algumas deficiências nutricionais. De facto, estudos demonstram que o consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, podem originar um desenvolvimento anormal de determinadas áreas do cérebro do feto. Barkley (2006), refere um estudo realizado em 1975, que compara mães de crianças hiperativas e mães de crianças sem PDAH, onde se apurou que as primeiras, consumidoras de tabaco em mais do dobro que as segundas, tiveram filhos com dificuldades de aprendizagem na leitura. De acordo com este e mais estudos, parece existir uma relação significativa entre a quantidade de cigarros fumados durante a gravidez e o risco para a PHDA. Também a quantidade de álcool parece estar diretamente relacionada com o grau de risco de falta de atenção e hiperatividade (Lopes, 2004; Barkley, 2002).

Ainda no que diz respeito aos períodos pré-natal e perinatal, inúmeras investigações demonstram as influências dos partos prematuros e do baixo peso à nascença. Vários estudos mostram que as crianças prematuras, com baixo peso, que sofreram anoxia durante o parto ou infeções neonatais são bastante propícias ao

desenvolvimento de problemas comportamentais e hiperatividade, e ainda atraso mental, atraso no desenvolvimento motor, deficiente crescimento físico, dificuldades no desenvolvimento da linguagem e na aprendizagem. Contudo, as complicações perinatais e pré-natais não afetam todas as crianças da mesma forma e é importante ter em consideração que as condições sociais e familiares em que estas se desenvolvem desempenham um importante papel. Portanto, a influência das complicações pré-natais e perinatais parece existir, embora não seja específica.

Assim, alguns investigadores consideram que os fatores psicossociais são determinantes para a hiperatividade. Crianças com esta patologia vivem, normalmente, em contextos familiares com altos níveis de conflito e onde é frequente a existência de problemas psicopatológicos. A hiperatividade não é provocada por uma educação inadequada, embora uma vida familiar e um ambiente escolar desorganizados possam agravar os sintomas. Neste sentido, foram desenvolvidos estudos sobre a influência que certas variáveis familiares e determinados fatores sociais desempenham na origem do distúrbio. Salgueiro (1996), realizou um estudo onde verificou que as famílias das crianças com PDAH, são famílias sobreprotetoras, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras. A criança, em muitos casos, torna-se numa criança com PDAH pelas crises que existem na família, principalmente se a criança for possuidora de uma pré-disposição genética. Por outro lado, o discurso entre os pais e a criança é rico em duplo sentido, ou seja, a criança capta toda a ansiedade necessária para desenvolver a PDAH.

Esta ansiedade está na base da sua desorganização intrapsíquica, o que leva a criança a agir inadequadamente, quando confrontada com um estímulo que pode ser problemático. No entanto, os estudiosos defendem que as condições sociais não são fatores determinantes, mas antes os seus efeitos psicológicos sobre a família, as atitudes e os modelos educativos que os pais adotam.

Relativamente à genética e hereditariedade, estudos mostram que os familiares de indivíduos com PDAH, apresentam mais problemas psicológicos, nomeadamente depressão, alcoolismo, perturbações de conduta ou comportamento antissocial e hiperatividade, do que os parentes de crianças sem esta perturbação, o que sugere que possa existir uma predisposição genética para o transtorno (Lopes 2004; Barkley, 2006).

A investigação no âmbito da genética molecular, tem permitido a identificação de genes específicos que podem estar relacionados com a PDAH, sendo que os genes mais frequentemente implicados são os responsáveis pela codificação de recetores e

moléculas de transporte da dopamina, como DRD4 (gene do receptor D4 da dopamina), DRD5 (gene do receptor D5 da dopamina) e DAT1 (gene do transportador da dopamina). Estima-se que a hereditariedade desta patologia ronde os 77%, pelo que os familiares destas crianças apresentam um maior risco de incidência de PDAH.

Aparentemente, tudo parece indicar que a PDAH é determinada em grande medida por fatores genéticos e não tanto por fatores ambientais.

García (2001), refere que a origem da PDAH é genética, uma vez que as crianças com pais possuidores desta perturbação, apresentam maior incidência de comportamentos típicos desta problemática do que as crianças com pais não possuidores de hiperatividade. Segundo alguns estudos, a PDAH possui um carácter hereditário, mas sem grau de probabilidade determinado. Neste sentido, foram efetuados estudos com gémeos monozigóticos, onde foi apresentada uma correlação de 50 a 70% de comportamentos com PDAH, o que destaca o fator genético como importante, mas não como a única manifestação da PDAH, uma vez que a correlação não foi de 100%.

Algumas investigações identificam também a possível influência de alterações bioquímicas no surgimento de problemas relacionados com a hiperatividade. O chumbo que existe no ambiente e os componentes da dieta alimentar, poderão ser agentes que afetam a hiperatividade.

Resumidamente pode-se dizer, que os fatores neurológicos e genéticos desempenham um papel fundamental na sintomatologia da PDAH e na sua ocorrência, parecendo existir uma influência hereditária, que provoca alterações a nível químico no funcionamento cerebral, o que pode predispor a criança a exibir comportamentos de hiperatividade, impulsividade e falta de atenção acima da média. No entanto, a PDAH, também ocorre em crianças em que não se apura nenhum destes fatores, existindo desta forma uma multiplicidade de razões, para além dos neurológicos e genéticos, que determinam o seu aparecimento.

Manifestações e Características

A PDAH apresenta como principais sintomas a impulsividade, hiperatividade e défice de atenção. Estas características constituem as chamadas dimensões essenciais da PDAH (Lopes, 2004), e manifestam-se num grau que se torna excessivo e inapropriado para a idade e nível de desenvolvimento. De acordo com Barkley (2002), estes

problemas de comportamento, resultam, de um “*deficit* primário na inibição do comportamento”, que para este autor, é o símbolo da PDAH (Barkley, 2006; p.77).

As manifestações e as influências na vida das crianças das três dimensões da PDAH, variam consideravelmente de indivíduo para indivíduo. Podem começar a ocorrer desde cedo, por volta dos 3 ou 4 anos de idade, sendo nesta fase o principal indício a inquietude associada a atividade motora excessiva.

Apesar dos sinais de hiperatividade/impulsividade se atenuarem com a idade, na adolescência a maioria dos indivíduos continua a apresentar sintomas, nomeadamente grandes dificuldades de atenção.

Défi ce de Atenção

No caso das crianças com PDAH, os problemas de atenção, caracterizam-se “por uma tendência acentuada a distraírem-se em tarefas repetitivas e monótonas, cometendo mais erros do que as crianças normais” (Fonseca, 1998; p.7). As crianças que apresentam PDAH, enfrentam problemas acrescidos para gerirem todas as situações que se lhes apresentam no dia-a-dia, sendo exemplo disso, as tarefas relacionadas com a escrita, com a leitura, com a matemática ou a exposição de um tema oralmente.

Apresentam ainda dificuldades em terminar as tarefas e dificuldades de memorização, em seguir instruções e dificuldades significativas em relação ao modo de prestar atenção, ao período de tempo em que estão atentas e à persistência do esforço que fazem para se manterem atentas. A memória de curto prazo encontra-se alterada, o que dificulta a retenção de informação e em consequência compromete as capacidades de planeamento e organização, exigidas para as atividades acima descritas. Devido a estes problemas associados ao défi ce de atenção, percebe-se facilmente que este é o sintoma que mais problemas causa no contexto escolar, apesar de ser menos visível do que a impulsividade ou o excesso de atividade motora (Parker, 1996).

Os estudos realizados por Barkley (2002), indicam que as crianças com PDAH, despendem menos tempo a estarem atentas ao que lhes é pedido, pois estas crianças com PDAH aborrecem-se facilmente, ou perdem o interesse por aquilo que estão a fazer mais rapidamente do que as crianças sem PDAH, sentindo-se atraídas por aspetos mais divertidos e recompensadores em qualquer situação. Neste sentido, o mesmo autor (2002, p. 54), refere que “o mais acertado quando se trata de trabalhar com crianças

com PDAH, é recorrer ao aumento da inovação, da estimulação, ou da diversão nas atividades pedidas, especificando que podem obter determinada recompensa mais rapidamente, caso conclua determinada tarefa. Assim, estaremos a fornecer à criança aquilo que ela mais necessita, a novidade, o estímulo diferente e atrativo”.

Impulsividade

A impulsividade consiste na dificuldade em regular a conduta, uma vez que os indivíduos com esta problemática passam à ação sem reflexão prévia, o que se traduz por uma não-aceitação das regras sociais, exigem a satisfação imediata dos seus desejos, tendo tendência a praticar atividades perigosas (Barkley 2006).

É característica central na PDAH e manifesta-se pela impaciência, responder antes de ouvir a pergunta, a dificuldade no adiamento da gratificação e da resposta, dificuldade em esperar, o descontrolo do comportamento, interromper os outros, dificuldade em seguir instruções, fazer comentários inoportunos, partir objetos sem querer ou mexer nas coisas dos outros e ainda pela incapacidade para inibir respostas incorretas.

As crianças com PDAH respondem mais rapidamente e cometem mais erros do que as outras, quando submetidas às mesmas condições de avaliação e agem sem pensar nas consequências do seu comportamento. Desta forma, todo este conjunto de dificuldades, sobretudo a incapacidade para conter impulsos, traz várias limitações no dia-a-dia de quem tem PDAH. Para uma criança em idade escolar, isto significa na maioria das vezes, o início de um processo de “insucessos e falhanços” que é muitas vezes o ponto de partida para o encaminhamento/despiste da PDAH (Rodrigues, 2005).

Em termos sociais estas crianças são vistas como “imaturas”, “irresponsáveis”, “mal-educadas” e “preguiçosas”. Têm dificuldade em seguir instruções e não esperam pela sua vez quando se encontram em situação de jogo ou quando aguardam numa fila.

Em contexto escolar facilmente entram em conflito com os seus pares, revelam muita dificuldade em resistir à frustração, pelo que preferem as tarefas menos trabalhosas e em que são compensadas de imediato. Despendem menos esforço e tempo para realizar atividades consideradas desagradáveis e enfadonhas. (Parker, 1996; Lopes, 2004; Barkley, 2002).

Estas crianças estão ainda sujeitas a um maior risco de sofrerem acidentes, uma vez que têm tendência para se envolverem em atividades perigosas, sem medirem as suas consequências. (Lopes, 2004).

Alguns autores consideram que ela está relacionada com o controlo executivo, com o adiamento da gratificação, com o esforço e mesmo com a condescendência (Olson, Shilling & Bat, 1999; *cit. in* Barkley, 2006; p. 81).

Para outros autores trata-se “de um processo executivo, motivacional e automático da inibição da atenção” (Nigg, 2000; *cit in* Barkley, 2006; p.81).

Hiperatividade

“Refere-se aos níveis excessivos de atividade motora ou oral, características da criança com hiperatividade, o que faz dela uma criança muito inquieta e nervosa, exibindo em geral movimentos grosseiros e desnecessários, irrelevantes para a tarefa e, por vezes, despropositados. São ainda muito faladoras”, (Barkley, 1998, *cit. in* Lopes 1998, p.18).

A hiperatividade, é assim, a terceira característica central da PDAH e diz respeito à presença de níveis excessivos de atividade, quer em termos motores, quer em termos vocais, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para uma determinada tarefa e por vezes, desproporcionados (Barkley, 2006). Importa, porém, dizer que o problema da hiperatividade não se restringe apenas à questão da atividade em excesso, mas reporta-se, de acordo com Barkley a “um padrão de reposta comportamental exacerbado”, que leva estas crianças a terem uma propensão para responderem a tudo quanto acontece à sua volta. Também segundo o mesmo autor, o excesso de atividade motora surge sobretudo em situação de sala de aula, dado que é aí que a exigência ao nível da concentração e inibição da atividade se torna maior.

Os pais destas crianças descrevem-nas como sendo “irrequietas”, “falam demais” e “não conseguem ficar quietas”, enquanto os professores, relatam as suas ausências do lugar sem permissão, as suas intervenções por cima dos outros e fora de tempo e a sua necessidade de mexer em coisas de que não necessitam no momento.

Estas crianças respondem também com maior agressividade (quer física quer verbal) e são consideradas mais imaturas em termos sociais e emocionais. A criança com hiperatividade é incapaz de controlar a sua atenção, a sua impulsividade e a

necessidade de movimento, não se tratando na realidade de uma ausência de vontade, mas de uma ausência de controlo. São crianças que estão sempre a mexer em alguma coisa, sempre a mudar de sítio, parece que se interessam por tudo e por nada ao mesmo tempo, nunca estão satisfeitas e necessitam de constante supervisão. Mexem permanentemente as mãos e as pernas, revelando muita dificuldade em estarem quietas ou em serem capazes de descansar. Por isto mesmo, são também sujeitas a mais sanções, reprimendas e castigos do que as crianças sem PDAH.

Estas características traduzem-se no dia-a-dia por dificuldades de ordem social, sendo muito difíceis os trabalhos com pares, a participação em desportos organizados, a partilha de materiais e de ideias. Por consequência aparecem os conflitos entre pares, uma vez que são crianças com dificuldade em esperar a sua vez, em aceitar as ideias do outro e em seguir regras comuns. O sentido da convivência social parece não existir para algumas destas crianças (Parker, 2003).

Vários estudos foram realizados com o objetivo de distinguir os tipos de atividade que diferenciam as crianças com PDAH das crianças sem PDAH, apontando o movimento dos tornozelos, dos pulsos, da locomoção e do corpo de uma forma geral, como o que distingue melhor umas crianças das outras (Barkley & Conningham, 1979; *cit. in* Barkley, 2006).

Avaliação e Diagnóstico

O diagnóstico de PDAH, é essencialmente clínico e baseia-se na avaliação de critérios comportamentais. No entanto, além de uma avaliação médica cuidada, é essencial obter informação dos pais e professores, uma vez que estes fornecem dados sobre o desempenho da criança em diversos meios, nomeadamente no meio familiar e escolar. Atualmente não existe um só teste físico, psicológico ou neurológico que permita avaliar e diagnosticar a criança com PDAH, existem sim um número de procedimentos de avaliação que em conjunto definem o problema.

Como já referimos, tanto os pais como os professores, desempenham um papel fundamental na obtenção do diagnóstico e baseado neste pressuposto, e de acordo com Lopes (2004), o diagnóstico deverá compreender as seguintes etapas:

1. Entrevista com a criança e com os pais realizada por um médico, psicólogo ou com outro técnico com formação na área;
2. Exame médico;
3. Preenchimento de questionário pelos pais;
4. Entrevista com os professores e preenchimento de questionário pelos professores;
5. Observação direta dos comportamentos nos diferentes contextos de vida.

Começando pela avaliação médica, esta deve ir para além da anamnese, devendo desta forma ter em consideração o funcionamento intelectual da criança, as competências de raciocínio, o uso da linguagem, a impulsividade, o défice de atenção, a atividade motora, o comportamento geral da criança. O psicólogo tem um papel fundamental nesta altura e deverá, através da aplicação de diferentes instrumentos de avaliação, retirar dados importantes que para além de permitirem a elaboração do diagnóstico, facilitem o processo de intervenção terapêutica. Embora este não seja o suficiente para definir o diagnóstico, pode considerar-se realizar um exame neurológico, assim como um exame eletroencefalográfico, como um auxiliar que contém dados relativos à maturidade bioelétrica cerebral, (Ramalho, 2009).

Quanto às entrevistas, é importante que estas sejam semiestruturadas e estruturadas, para que consigam explicar a dimensão fenomenológica que as escalas ou outros instrumentos não conseguem. Estas entrevistas deverão ser feitas a pais e crianças, sendo que os primeiros e porque observaram a criança ao longo da sua vida numa variedade de situações, têm uma perspetiva única do desenvolvimento do filho.

Também a entrevista com o professor é muito importante, ele possui informações diferentes daquelas que os pais podem dar, pois muitas vezes a criança tem atitudes diferentes na escola que não tem em casa.

Um outro instrumento utilizado para a avaliação e diagnóstico da PDAH, são as escalas de classificação estruturadas que permitem recolher uma grande quantidade de informação num curto espaço de tempo e têm-se tornado elementos chave no processo de identificação da patologia. São muitos os instrumentos desta natureza que permitem avaliar a PDAH, as mais utilizadas são os critérios do DSM IV – TR (2002) e a Escala de Avaliação de Conners para Professores (Conners, 1997).

Segundo as *guidelines* da Academia Americana de Pediatria, no diagnóstico desta patologia, podemos utilizar os critérios estabelecidos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria ou DSM-IV.

A classificação assim utilizada, divide os sintomas comportamentais de PDAH em dois grandes grupos, isto é, sintomas de falta de atenção e sintomas de hiperatividade-impulsividade. É de acordo com a predominância destes sintomas que se pode classificar a PHDA em três tipos, ou seja, tipo predominantemente desatento, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo ou tipo misto (Tabela 2). Os sintomas devem ter uma duração mínima de seis meses e aparecer antes dos 7 anos de idade. Por outro lado, é importante assegurar que os sintomas interferem de forma significativa no funcionamento académico e social da criança e que não resultam da existência de outras perturbações mentais ou défices de aprendizagem.

Convém ainda salientar que o diagnóstico da PDAH é complexo, uma vez que “os sujeitos com PHDA constituem um grupo heterogéneo, no qual nem todos apresentam alterações das mesmas condutas, não coincidem na sua frequência e importância nas situações ou contextos em que se revelam ou demonstram a perturbação. Para além disso, diferem também relativamente à origem e às possíveis causas dos problemas” (Ramalho, 2009, pág. 33). Em algumas situações, os sintomas que normalmente são apresentados como característicos do problema, podem vir a diminuir de intensidade e até de presença de acordo com a idade e o género, falamos por exemplo da hiperatividade e da desatenção (Lopes, 2004), complicando ainda mais a tarefa de diagnosticar de forma correta e precoce.

É ainda importante perceber que nem todas as crianças que vivem “no mundo da lua”, ou que são agitadas, são hiperativas, impulsivas ou desatentas. É fundamental ter em conta que podem existir outros fatores associados semelhantes, que durante um período de tempo, levam a que a criança tenha comportamentos idênticos aos da PDAH.

Exemplos disso são as inaptações pontuais à escola, a falta de motivação, perturbações emocionais, condições de saúde, situações familiares, entre outros.

Desta forma, concluímos que apesar da PDAH ser uma das perturbações da infância e da juventude mais estudada, o seu diagnóstico não é de fácil deteção, até porque não existe um comportamento igual para todas as crianças de forma a podermos

conceber um diagnóstico fiável. Assim, e por tudo o que foi referido, é fundamental que o diagnóstico seja multidisciplinar, bem como a avaliação da PDAH deverá envolver o uso de múltiplos processos e instrumentos, direcionando-se para o estabelecimento do diagnóstico, e que as avaliações realizadas contemplem os diferentes contextos onde a criança está inserida. Só com um bom diagnóstico se pode proceder à intervenção adequada.

Intervenção

Tendo em conta, a multiplicidade de dificuldades apresentadas por crianças com PDAH nas mais variadas áreas do seu desenvolvimento, importa referir a importância da intervenção. A PDAH, pelo carácter multidimensional dos comprometimentos que lhe estão associados, não se pode reduzir a formas de intervenção isoladas, mas requer sobretudo uma visão globalizante que permita a combinação das mesmas.

Podemos, no entanto, considerar que não existe uma cura para a perturbação. De acordo com Lopes (2004), aprende-se a lidar com a situação, procurando mantê-la dentro dos limites, para que ela se torne a menos gravosa possível para quem a tem, assim como para quem rodeia o indivíduo, diminuindo assim o grau de sofrimento.

Apesar de diferentes autores considerarem diferentes formas de intervenção, considera-se que existem três abordagens fundamentais na intervenção da PDAH, sendo eles a medicação, as intervenções comportamentais, e as intervenções cognitivas-comportamentais. Existem também contextos primários como a família e secundários como a escola, que são fundamentais nessa mesma intervenção. Segundo Lopes (2004, p.199) “o uso de medicação demonstrou produzir efeitos mais claros e duradouros; a intervenção comportamental constitui uma ajuda eficaz da medicação; e a intervenção cognitivo-comportamental tem-se revelado pouco eficaz no tratamento da PDAH”.

Relativamente à intervenção ao nível comportamental, esta diz respeito ao comportamento do professor em resposta a situações de PDAH, tratando-se de uma gestão efetiva de comportamentos, através da aplicação de contingências. Trata-se assim da forma clássica de modificação do comportamento, no sentido em que procura controlar e moldar o comportamento através de mecanismos de influência exteriores. As terapias comportamentais, e de acordo com Ramalho (2009, p.143), baseiam-se na “aplicação de reforço e /ou promoção de comportamentos adequados e na inibição de

comportamentos inadequados, controlando condições ambientais para que a modificação de conduta possa acontecer”.

As técnicas de reabilitação comportamental mais utilizadas são as técnicas operantes de reforço ou punição de conduta (Ramalho, 2009). Nesse sentido são utilizados 3 tipos de consequências (Wilkinson & Lagendijk, 2007):

1. **O reforço positivo:** trata-se de uma consequência que incentiva a continuação do comportamento a que esta se segue. DuPaul e Stoner (2003), realçam que estes reforços devem assumir sobretudo a forma de atividades e não tanto de recompensas físicas concretas, referindo ainda que a utilização exclusiva de recompensas pode ser sentida como excessiva pela criança e desviar a sua atenção da tarefa em si. Assim, se necessário, os reforços podem e devem ser combinados com contingências negativas ligeiras e respectivo direcionar do comportamento, sendo que estas repreensões devem sempre ser feitas de uma forma breve, calma e, de preferência, em privado.
2. **A extinção:** trata-se de ignorar determinado comportamento de forma planeada e de maneira a que este reduza a sua frequência (Wilkinson & Lagendijk, 2007).
3. **A punição:** trata-se de uma consequência negativa, que pretende diminuir a frequência do comportamento a que esta se segue. Na intervenção na PDAH, é comum assumir a forma de custo de resposta ou de *time-out*.

Deve-se, porém, salientar que estas estratégias devem ser acompanhadas muito mais pela utilização do reforço positivo, sempre que ocorrem comportamentos apropriados, em vez do recurso à punição. A este propósito, Lopes (2004, p.205), refere que as regras de ouro para lidar com os alunos em geral, são a “instrução e a prevenção”, isto é, na sua opinião, o professor deve “centrar o trabalho nas tarefas académicas e criar um ambiente de aprendizagem em que os comportamentos disruptivos sejam mais prevenidos que corrigidos e em que o professor [...] seja mais proactivo que reativo”. No que diz respeito à eficácia destas estratégias de intervenção, diferentes estudos parecem comprová-la (Wilkinson & Lagendijk, 2007), no entanto, o desafio persiste em conseguir integrar estes mesmos programas no funcionamento escolar.

Segundo o modelo de intervenção ao nível cognitivo-comportamental, a mudança do comportamento seria conseguida através da progressiva mudança da forma como os indivíduos pensam, experimentam e interpretam as situações, que em particular

no caso da hiperatividade, são fundamentais para a inibição do comportamento. As técnicas utilizadas neste modelo são:

- **Automonitorização:** pretende-se com o recurso a esta técnica, ensinar à criança a capacidade de observar e controlar os seus comportamentos, registando-os;
- **Autorreforço:** consiste em ensinar a criança a aplicar reforços a si própria. Este autorreforço pode tomar a forma de fichas ou cartões, ou fugindo um pouco ao aspeto mais material, de um incentivo verbal, em que a criança diz a si mesma que está a ir bem;
- **Autoinstrução:** esta estratégia tem o objetivo de que seja a própria criança a controlar o seu comportamento. Esta estratégia parte de uma demonstração por parte do educador, seguida de repetição por parte da criança, que progressivamente se vai autonomizando na realização da tarefa, auto instruindo-se em como a fazer e, progressivamente, autoavaliando-se e autorreforçando-se.

Segundo DuPaul e Stoner (2007), o treino destas estratégias, deveria ser uma constante na intervenção pedagógica a realizar ao longo do percurso escolar dos indivíduos com PDAH. No entanto, como já foi referido, estas estratégias não tendem a apresentar resultados tão positivos como as estratégias puramente comportamentais anteriormente apresentadas.

A intervenção farmacológica na PDAH, envolve vários tipos de medicamentos, que têm sido usados para melhorar a atenção e o funcionamento comportamental e académico de crianças com PDAH. Os três tipos de medicamentos mais utilizados incluem os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos.

Os estimulantes são os mais largamente utilizados e referidos, por serem aqueles que se apresentam mais eficazes na gestão dos sintomas da PDAH. A resposta positiva ao medicamento evidência melhoras significativas no tempo da atenção, no controle dos impulsos, no desempenho académico e no relacionamento com pares, em crianças com PDAH. Contudo, a eficácia geral da intervenção com estimulantes é limitada, sendo necessário o recurso a outras formas de intervenção. Neste sentido, é utilizada atualmente a chamada intervenção multimodal, parecendo ser a que oferece os melhores resultados na abordagem à PDAH, conforme está documentado no *Multimodal Treatment Study of Children With ADHD* (MTA, 1999).

Embora os resultados dos estudos relativos aos estimulantes, os indiquem como uma opção na intervenção da PDAH, nem todas as crianças devem ser medicadas com este tipo de fármacos, estando mesmo contraindicados para uma estimativa de 1 a 3 % das crianças com PDAH (Barkley, 2002). Desta forma a sua prescrição deve atender a alguns fatores, nomeadamente: (1) à idade da criança, a duração e a severidade do problema; (2) à história de sucesso ou fracasso de medicações anteriores; (3) à ausência na história familiar de tiques ou Síndrome de Tourette; (4) os níveis de ansiedade dentro do normal; (5) à motivação dos pais para o tratamento; (6) à ausência de abuso de estimulantes por parte dos pais; (7) e à responsabilização dos pais em seguir as normas da administração consoante o prescrito. (Rodrigues, 2008; p. 11).

Para além dos estimulantes, podem também ser utilizados os tranquilizantes e antidepressivos na intervenção da PDAH. Este tipo de medicação só chega a ser utilizada quando os estimulantes não fazem efeito, ou quando há ocorrência de efeitos secundários indesejáveis. Os seus efeitos são menos duradouros e causam maior número de efeitos secundários. Os estudos levados a cabo para avaliar os efeitos deste tipo de medicação envolveram amostras reduzidas, incluindo apenas medições realizadas por pais e professores e apresentavam problemas de ordem metodológica. Por estes motivos, DuPaul & Stoner (2007), recomendam que devem ser mais largamente estudados, até poderem ser considerados uma alternativa viável aos estimulantes.

No campo da intervenção farmacológica, convém realçar a importância do papel a desempenhar pelo professor, através das informações que pode prestar aos pais ou aos médicos sobre os efeitos da medicação no comportamento das crianças, uma vez que estes medicamentos são mais ativos durante o período escolar. Quando a criança já é medicada, o professor pode ajudar no acerto da dosagem correta a tomar, uma vez que está numa posição privilegiada para detetar mudanças no controlo do comportamento e no desempenho académico. Por último, estando a dosagem do medicamento definida, é importante o professor continuar a monitorizar as alterações de comportamento, porque estas podem indicar necessidade de novo ajuste na dosagem da medicação (DuPaul & Stoner, 2007).

Em jeito de conclusão convém sublinhar, que não existe uma mesma solução para todos os problemas, pelo que deverão ser desenvolvidos diferentes programas de intervenção, respeitando a individualidade de cada criança ou adolescente (DuPaul &

Stoner, 2007, p.9) quanto à sua utilização, isolada ou combinada, devido ao impacto alargado dos sintomas da PDAH na vida de cada indivíduo.

Há tendência para se pensar a intervenção, baseada na ideia que todas as crianças com PDAH ou perfil de comportamento têm as mesmas necessidades de apoio, o que não corresponde à verdade. Outro princípio a ter em conta, quando se pretende o sucesso na intervenção, é procurar que a estratégia utilizada seja aplicada o mais próximo possível da ocorrência do comportamento alvo. Quanto mais distanciadas do momento e do lugar da ocorrência forem aplicadas as estratégias, menos provável é o seu êxito.

Podemos afirmar, que a impulsividade, parece ser uma das causas responsáveis pelas dificuldades de atenção e outros problemas na PDAH. “Para se alterar um comportamento impulsivo é necessário fazê-lo quando e onde o problema acontece” (DuPaul & Stoner, 2007; p.129).

III - Correlação entre a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade e o Bullying (Comportamentos Disruptivos, Desviantes e Antinormativos)

De acordo com Kumpulainen (2008), podemos afirmar que raramente um único comportamento prediz problemas futuros tão claramente como o bullying o faz. Se uma criança está envolvida em bullying, seja como agressor, vítima ou vítima agressora, justifica-se sempre uma avaliação complementar sobre eventuais problemas psiquiátricos. Nos alunos mais jovens, o déficit de atenção com hiperatividade, as depressões, assim como a ansiedade, são predominantes e concomitantes ao bullying entre as crianças envolvidas. Mais tarde, na adolescência ou mesmo no início da idade adulta, podem surgir outros distúrbios psiquiátricos mais graves e capazes de comprometer seriamente as vidas das crianças que viveram experiências traumatizantes às mãos dos seus pares. É de lembrar que o risco é especialmente maior se a criança já manifesta alguma perturbação quando começa a envolver-se com o bullying escolar.

Relativamente aos fatores de risco, a nível individual a criança ou o jovem pode apresentar um temperamento difícil, níveis de impulsividade e hiperatividade elevados, comportamentos disruptivos de início precoce (como consumo de álcool, drogas e tabaco, fugas de casa, entre outros), pode oferecer resistência ao controlo exercido pelos adultos (quer sejam os pais ou professores), pode apresentar um historial prévio de comportamentos anti-sociais, défices neurológicos (não consegue encontrar sozinho soluções para um certo problema sem ser com hostilidade), apresentar fracas competências sociais, entre outros. A importância do conhecimento dos fatores de risco está na base do diagnóstico precoce, como também da prevenção da delinquência (Hofvander et al., 2011), do tratamento e do ajustamento das estratégias educativas.

Loeber, Burke, & Pardini (2009), compararam os fatores de risco na infância para a delinquência confirmada no tribunal. Estes fatores parecem replicáveis no tempo e no espaço e incluíram a hiperatividade, impulsividade, pouca capacidade de concentração, entre outros.

Porque como vimos, ter PDAH é um grande fator de risco para ser um agressor ou uma vítima, conhecer os fatos sobre a doença irá ajudar a entender melhor o comportamento da criança com PDAH, pois possuindo a informação necessária para trabalhar com estas crianças, podemos melhor ajudá-las nas suas relações com os pares.

Como já se referiu, existe uma estreita ligação entre problemas de comportamento e hiperatividade, como fortes preditores para delinquência. Como foi referido por Hofvander et al. (2011), mesmo na ausência de problemas de comportamento, a hiperatividade continua a ser um risco significativo para o comportamento criminal e é bom conseguir identificá-lo. É de mencionar que a *Mental Health in Youth and Education - Consensus Paper* (Jané-Llopis & Braddick, 2008), define as obrigações dos sistemas de ensino, em cuidar dos alunos com perturbações e problemas de saúde mental, conhecendo o risco que proporciona a hiperatividade em co-morbidade com problemas de comportamento.

Desta forma, a escola deve originar um diagnóstico precoce destas perturbações, conhecendo todos os portadores, assegurando assim um acompanhamento e medicação eficaz e eficiente. No entanto e para esse fim, a presença dos psicólogos torna-se obrigatória, tal como referido no mesmo documento *Consensus Paper* e também por Pianta, Barnett, Burchinal, & Thornburg (2009).

A PDAH é um transtorno neurobiológico que afeta cerca de 5 a 9% das crianças e adolescentes, geralmente 1-2 crianças por sala de aula. Comportamentos que são comumente observados em crianças com PDAH, tais como desatenção, hiperatividade e impulsividade, problemas para controlar as suas emoções e falar demais, são fatores que poderão explicar porque é que estas crianças são mais vulneráveis do que outras a serem agressores, vítimas de bullying, ou ambos agressores e vítimas. Em parte, devido a estes comportamentos as crianças com PDAH, lutam para ter sucesso na escola e frequentemente têm problemas de relacionamentos com os seus pares. Além disso, 30 a 50 por cento das crianças com PDAH, têm também associado transtorno desafiador opositivo (TDO). Estas crianças têm assim problemas em controlar as suas emoções, e muitas vezes discutem com adultos e colegas, recusam-se a fazer o que é pedido, e por vezes fazem coisas que vão contra as ideias sobre o que é geralmente aceite como certo e errado. As crianças com PDAH e TDO, são desta forma crianças com risco elevado de se tornarem bullies.

Posto isto, as crianças e adolescentes diagnosticadas com combinações comórbidas de Perturbação do Comportamento, Perturbação de Oposição e de Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, agregadas no DSM-IV-TR sob o título de Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice de Atenção, têm sido associadas a um tipo de comportamento antissocial particularmente grave e agressivo

similar ao dos adultos com psicopatia. Alguns estudos têm focado especificamente a questão da ligação da psicopatia às perturbações disruptivas. Por exemplo, Salekin, Leistico, Neumann, DiCicco e Duros (2004), analisaram a relação entre psicopatia juvenil e psicopatologia externalizante definida em termos de comportamentos disruptivos, tendo concluído pela existência de correlações moderadas altas entre as duas.

Também Kumpulainen, Rasanen e Puura (2001), realizaram um estudo em que procederam à entrevista de 423 pais e 420 crianças de 8 anos, com o objetivo de estudar a relação entre o bullying e distúrbios psiquiátricos. Estes autores comprovaram com o referido estudo, que a maioria das crianças envolvidas em bullying, geralmente, detinham uma perturbação psiquiátrica, sendo estes os transtornos mais comuns entre os rapazes agressores/bullies (70,8%), os rapazes vítimas agressoras (67,1%) e as raparigas vítimas, quando comparados com os colegas não envolvidos do mesmo género. Nesta amostra, o diagnóstico mais comum entre as crianças de 8 anos envolvidas em Bullying, foi a perturbação de deficit de atenção com hiperatividade (PDAH), seguido pelo transtorno desafiador opositivo (TDO) e em terceiro lugar a depressão. Dos agressores, quase um terço apresentava PDAH. Uma em cada cinco das vítimas agressoras apresentava PDAH, e a PDAH foi igualmente o distúrbio mais comum entre as vítimas (14,4%).

A violência escolar, também teve demonstrada sua relação com a PDAH num estudo com crianças de 10 anos, tanto como agressores como vítimas. Outro estudo encontrou que crianças autistas com PDAH, estão em risco aumentado para comportamentos violentos na escola (Holmberg et al., 2007). Num estudo que examinou crianças com PDAH, do terceiro ao sexto ano de escolaridade, 17 por cento eram agressores de acordo com os professores e relatos dos pais, 27 por cento relataram que foram vítimas de bullying, e 14 por cento eram ambos agressores e vítimas. O resultado obtido foi, que 58% das crianças com PDAH estavam envolvidos em fenómenos de Bullying, comparativamente com apenas 14% das crianças sem PDAH (Montes, 2007).

Convém também salientar que as crianças com PDAH são mais propensas do que outras crianças a serem vítimas, porque alguns dos seus comportamentos são irritantes para os seus pares. Crianças com PDAH são descritos como sendo socialmente

imaturas, uma vez que muitas vezes não têm as habilidades sociais tais como a flexibilidade e vontade de comprometimento, que ajudam a resolver conflitos.

A maioria das crianças com PDAH que são vitimadas sente raiva, tristeza, ansiedade e desamparo, e algumas podem tornar-se severamente deprimidas. No entanto, as crianças com PDAH que têm amigos próximos são menos propensas a ser vítimas, do que aqueles que não têm estas amizades. Noutros estudos, os agressores/bullies - e não as suas vítimas - são referenciados como os jovens envolvidos no bullying com maior prevalência de transtornos psiquiátricos, tais como PDAH, transtorno da conduta (TC), TDO e depressão (Frick, Stickle, Dandreaux, Farrell & Kimonis, 2005; Kokkinos & Panayiotou, 2004). As vítimas agressivas estão igualmente em maior risco de desenvolverem outros tipos de problemas psicossociais como PDAH, entre outros (um pobre ajustamento social, isolamento, insucesso escolar, consumo de álcool, perturbação psicológica, depressão, transtorno de conduta e personalidades perturbadas).

Numa revisão efetuada com 102 estudos por Schilling, Walsh, & Yun (2010), também a PDAH aparece intimamente ligada a comportamentos externalizantes, problemas de conduta e comportamento delinvente e em que se aponta a hiperatividade, e não o défice de atenção, como o marcador para o risco de agressão, que em conjunto com a perturbação do comportamento proporcionam maior risco para a agressão ou a criminalidade (Hofvander et al., 2011). Tal sugere, que mesmo que a criança não tenha indícios confirmados de delinquência, o comportamento disruptivo exibido é nutrido pelo quadro hiperativo e desta forma pode-se tornar indiciador para programas de prevenção da delinquência e crime.

Os défices de desempenho social mais conhecidos associados à PDAH, são: as tentativas de se juntarem a atividades de grupo em curso (jogos ou brincadeiras que já começaram), sem respeito pelas regras instituídas; a pobre manutenção da conversação (interrompendo frequentemente, não dando atenção ao que os outros dizem); a utilização de soluções agressivas para problemas banais; ou a propensão para perder a calma perante um conflito ou frustração em situações sociais. Para além destes défices, é de notar que, os rapazes com PDAH, tendem a envolver-se em desportos individuais ou de equipa por períodos de tempo mais curtos que o seus colegas sem a perturbação, são mais atreitos a exibirem agressividade e outras reações emocionais, e a serem desclassificados durante atividades desportivas de equipa (Johnson & Rosén, 2000; *cit.*

in DuPaul & Stoner 2007). Devido a estes défices sociais apresentados pelas crianças com PDAH, percebe-se facilmente porque é que estas estão mais envolvidas em situações de bullying, quer como vítimas ou agressores, ou mesmo como vítimas agressivas.

Também por tudo o que já foi exposto, percebe-se que as crianças portadoras de PDAH, podem vir a desenvolver transtornos de conduta, entre os quais se encontra o fenómeno de bullying. Este é um fenómeno que de uma forma preocupante se encontra em crescimento, nomeadamente no seio de crianças e jovens. Estas crianças podem ser fisicamente cruéis com as pessoas e com os animais, ameaçam, intimidam e agridem os outros. São crianças ou adolescentes que se enfurecem com frequência, discutem frequentemente, desafiam ativamente os adultos, fazem deliberadamente e com frequência coisas que aborrecem os outros, culpam os outros pelos seus erros, ficam furiosas e ressentidas, são por norma maldosas ou vingativas, utilizam uma linguagem obscena ou calão, são agressivas, cruéis, e desrespeitam e desconsideram os outros (APA, 2002).

Os problemas de relacionamento associados ao comportamento de crianças com PDAH, decorrem do confronto que se estabelece entre um contexto escolar muito exigente sob o ponto de vista das regras sociais, e o recurso a comportamentos relacionados com a sintomatologia que apresentam. Exemplos disso são as dificuldades que revelam nos relacionamentos com os colegas, com comportamentos disruptivos, com a desobediência a regras e a figuras representativas de autoridade e com os problemas de conduta (mentir e roubar) (DuPaul & Stoner, 2007). Esta amostra deriva essencialmente dos sintomas de impulsividade e da atividade motora em excesso, dando origem a que estas crianças sejam descritas por pais, professores e colegas, como “agressivas e abusivas em situações sociais, perturbadoras, dominadoras, inconvenientes e socialmente rejeitadas, especialmente se forem rapazes” (Lopes, 2004; p.104).

Para DuPaul & Stoner (2007), as crianças com PDAH, apresentam um comportamento social turbulento para com os seus colegas, uma vez que o seu desempenho social (Stormont, 2001; *cit. in* DuPaul & Stoner 2007) se encontra perturbado, pelos comportamentos impulsivos e desatentos.

Na verdade, já nas observações de Still em 1902 que resultavam da análise clínica de 20 crianças, se verificavam sintomas idênticos à PDAH nesses indivíduos e nos quais eram identificados graus mórbidos de: (1) fúria emotiva, (2) crueldade e malícia, (3) inveja, (4) ausência de lei, (5) desonestidade, (6) promiscuidade e destrutividade, (7) ausência de modéstia e vergonha, (8) imoralidade sexual e (9) vício.

Segundo Still, todas as crianças manifestavam uma necessidade mórbida de autogratificação, que não considerava o bem dos outros e o seu próprio bem. Dos sintomas descritos, os mais frequentes eram a fúria emotiva e a malícia, quando eram causadas noutras pessoas dores ou desconfortos, ou a crueldade, quando as vítimas dos maus tratos eram animais indefesos. Além dessas características, a resistência à disciplina e à autoridade na escola, no lar e noutros ambientes eram comuns. Still analisava a infância perigosa. Nos seus relatos, brincadeiras e atitudes violentas, envolvendo fogo, facas e garfos e casos de fúria violenta, eram comuns. As observações de Still, consideraram ainda que a conduta imoral, amoral e perigosa, eram o problema maior dos casos analisados. Segundo o autor, as crianças com PDAH, possuíam algo em comum: elas eram um perigo para si e para a sociedade e deveriam ser tratadas com seriedade e urgência.

Todo este quadro deficitário nas relações sociais, estabelece uma ponte negativa entre as crianças que têm esta perturbação e os seus pares, e é explicativo da dificuldade que revelam em iniciar e estabelecer relações duradouras de amizade.

De acordo com Gresham e colaboradores (1998; *cit. in* Kos Ricdale & Hayc 2006), mais de 70% das crianças com PDAH, experienciam relações de amizade não correspondidas, com a agravante das crianças sem PDAH, não quererem fazer amizade com estas, especialmente com aquelas que têm excesso de atividade motora. A explicação para estas dificuldades reside no facto destas crianças tenderem a executar comportamentos controladores, disruptivos e agressivos (ErHart & Hinshaw, 1995; Hinshaw & Melnick, 1995; *cit. in* Kos, Richdale & Hayc, 2006; p.149). Estes comportamentos são percebidos pelos seus pares como negativos e levam a que sejam rejeitados das atividades ou jogos. Na prática, começam por invadir as atividades dos colegas de forma abrupta e ruidosa, sem pedir autorização, provocando a insatisfação dos mesmos na atividade; depois, como têm dificuldades em manter uma conversa socialmente correta, tendem a interromper os outros, não dando atenção ao que estão a dizer, e na sequência, respondem de forma insignificante, ou seja, de modo

incoerente ou inadequado às questões ou afirmações dos colegas (Atkinson, Robinson & Shute, 1997; *cit. in* Kos, Richadale & Hayc, 2006); por fim, têm tendência para resolver os problemas interpessoais de forma agressiva.

Este último fator ilustra a forte ligação que existe entre a PDAH e a agressividade física, onde se destaca uma tendência vincada destas crianças para discussões e lutas com os colegas. É característica destas crianças a irritação fácil, o descontrolo, a provocação e a incitação a brigas, situações de fácil gestão, para a maioria das crianças sem PDAH, mas que na maioria das vezes, estas crianças, abordam de modo brusco e violento (Barkley, 2002; Lopes, 2004; Kos, Richdale & Hayc, 2006; DuPaul & Stoner, 2007). Por este motivo chegam a ser mais rejeitadas do que crianças sem a perturbação e mesmo do que crianças agressivas. (Barkley, 1998, *cit. in* Dupaul & Stoner, 2007).

Os problemas com o desempenho social não são exclusivamente experienciados por quem se relaciona com as crianças com PDAH. Mais do que qualquer uma destas pessoas, sejam eles os pais, os colegas ou os professores, são talvez, as próprias crianças com PDAH que mais sofrem com a situação. A investigação diz-nos que elas não são desagradáveis propositadamente, têm frequentemente baixa autoestima e relatam que se sentem solitárias e tristes por ninguém gostar delas (Wheeler & Carlson, 1994; Chipkala-Gaffin, 1998; Gresham et al. 1998, *cit. in* Kos, Richadale & Hayc, 2006).

Barkley (2002), é da opinião que esta situação ocorre, porque as crianças com PDAH, são menos capazes de cooperar e dividir com outras crianças e “de fazer e manter promessas de trocas mútuas de favores”. Estas competências fazem parte daquilo que o autor designa por reciprocidade ou trocas sociais, que são a alavanca para a construção de amizades e dizem respeito à “demonstração de relacionamentos interpessoais eficazes com outros” (p.119).

Todas estas questões são problemáticas e têm consequências. Uma delas é a certeza de que, a rejeição de uma criança, é uma situação que tende a manter-se ao longo do seu desenvolvimento (Parker & Asher, 1987, *cit. in* Dupaul & Stoner 2007), e por isso preditiva de desajustamentos adaptativos na adolescência e na vida adulta. Para além disso, a rejeição prolongada no tempo pelos pares, fará com que a criança com PDAH se perceciono e perceciono o mundo como negativos, vendo afetados “muitos aspectos do seu desenvolvimento moral, social, académico e afectivo” (Lopes, 2004, p.106). Exemplo disso, é a perceção de situações sociais ambíguas, que para estas

crianças são quase sempre interpretadas como agressivas, podendo, no entanto, não o ser tendendo a responder às mesmas de forma igualmente agressiva. Isto verifica-se no caso das crianças com PDAH, especialmente agressivas (Lochman, 1994, *cit. in* Lopes 2004).

Neste caso, importa referir a forte correlação existente entre a PDAH e a agressividade, com implicações preocupantes a longo prazo (Lopes, 2004). É sabido e como também já foi referido, que os problemas de agressividade podem descair para outro tipo de situações mais graves, como dificuldades de comportamento, de desafio e oposição, que no caso desta perturbação, integra o estatuto de comorbilidade, para mais de 65% das crianças que a apresentam. Frequentemente estas crianças irritam-se com facilidade, chegando a agredir verbalmente ou até fisicamente outras crianças, com a agravante destes problemas se virem a transformar em problemas de conduta (mentir, roubar, lutar, fugir de casa, destruir propriedade privada e outros), que podem atingir cerca de 45% das crianças com PDAH (Barkley, 2002, p.118).

Assim, numa revisão concluiu-se que a hiperatividade surge como o distúrbio mais comum diagnosticado em crianças e adolescentes. Há uma abundância de pesquisa que identifica uma relação forte e sólida entre hiperatividade e diversas formas de comportamentos antissociais e afins, incluindo distúrbios externalizantes, baixo rendimento escolar, delinquência, comportamento criminoso, e problemas de foro psiquiátrico (Hofvander et al, 2011; Schilling, Walsh, & Yun, 2010), parecendo que os sintomas de hiperatividade aparecem em primeiro lugar, seguidos por sintomas de oposição e depois por problemas de comportamento (Schilling, Walsh, & Yun, 2010).

Os resultados sugerem, que mesmo na ausência de problemas de comportamento, a hiperatividade continua a ser um risco significativo para comportamento criminal (Hofvander et al., 2011; Schilling, Walsh, & Yun, 2010).

No entanto, não existem soluções simples ou formas de resolução simples para esta situação, porém, a investigação no âmbito do fenómeno de bullying associado à PDAH, mostrou que os educadores/professores se encontram numa posição privilegiada para intervir e ajudar, e os pais assertivos podem capacitar os professores para fazerem a diferença.

De seguida apresentam-se cinco formas em que os professores, com o apoio dos pais, podem ajudar as crianças com PDAH que são vítimas ou bullies:

- **Monitorização das relações entre pares:** como as crianças e adolescentes com PHDA estão em risco de serem vítimas ou agressores, é importante observar como estes interagem com outras crianças. Pais e professores devem manter as linhas de comunicação abertas, quando estão preocupados se uma criança pode ser um agressor ou uma vítima.
- **Implementação de estratégias Anti-Bullying:** apresentar um modelo de comportamento correto, através do desenvolvimento e aplicação de um código de conduta, incentivando as crianças a denunciar o bullying, e incentivando-as para comportamentos cooperativos e respeitosos uns com os outros, podendo assim reduzir a ocorrência de provocação, agressão e exclusão na sala de aula e no recreio da escola.
- **Criação de um programa de mediação de conflitos entre pares:** Quando as crianças com PDAH, aprendem através de treino estratégias eficazes para a resolução de conflitos, elas são capazes de aplicá-las à resolução dos seus próprios conflitos. Programas de mediação de conflitos, envolvem o ensino de estratégias de resolução desses conflitos, a um grupo de estudantes. Essas estratégias passam por falar sobre sentimentos de forma adequada, fazer perguntas que levem a compromissos e trabalhar em conjunto para encontrar soluções. As escolas com um grande número de mediadores de conflitos, têm níveis mais baixos de agressão no recreio do que outras escolas.
- **Identificar comportamentos que provocam a vitimização:** Deve observar-se cuidadosamente as crianças com PDAH, de forma a perceber quais os comportamentos que parecem irritar e aborrecer os seus pares. Recorrer a modelos, *role-playing*, para as ajudar a identificar os seus próprios problemas sociais, desenvolver metas sociais, gerar comportamentos alternativos positivos, prever as consequências de suas ações, e planear os passos para alcançar os seus objetivos. Através de perguntas, ajudá-las a compreender diferentes pontos de vista das pessoas e coordenar as suas necessidades com as dos outros. Incluir as

crianças sem PDAH na formação, para fornecer modelos de pares úteis e positivos.

- **Encontrar amigos:** Amigos de crianças com PDAH, são geralmente pessoas com interesses semelhantes e personalidades compatíveis. Deve-se então colocá-las juntas na sala de aula e tê-las a fazer trabalhos de grupo juntas, desde que elas não sejam disruptivas para o resto da turma. Apesar de serem propensas a se envolverem em situações de bullying, as crianças com PDAH, podem manter-se afastadas de situações agressivas com os seus pares, desde que tenham ajuda. Assim, devemos mostrar que existe alguém disponível, quando estão aborrecidas para ouvi-las, mostrar que há alguém que se importa, e ajudá-las na resolução de problemas. Desta forma, os esforços desenvolvidos para prevenir o bullying em crianças com PDHA, vão surtir resultados na escola e em casa.

Justificação do estudo empírico

Após a análise bibliográfica efetuada, verificou-se alguma convergência nas diferentes opiniões veiculadas por parte dos diferentes autores.

Constata-se atualmente, que a violência em contexto escolar, tem crescido de forma alarmante nos últimos anos, através de agressões físicas, verbais e psicológicas de alunos aos seus colegas, professores e demais funcionários. Este problema, é muito maior do que possamos imaginar e ainda não se conseguiram encontrar soluções eficazes sendo, portanto, necessário um trabalho árduo por parte de todos os atores relacionados com o meio escolar.

A questão da violência escolar, está em sintonia com a complexidade das sociedades industrializadas da atualidade, pois faz parte de um contexto muito amplo, com diversas variáveis, como sociais, estruturas psicológicas do indivíduo e problemas comportamentais.

Denúncias de agressões físicas, furtos, roubos, ameaças, comércio e tráfico de drogas, porte de armas, lutas entre gangs rivais nas saídas das escolas, agressões entre professores e alunos, entre outras situações, são uma constante na nossa atualidade que assustam quer estudiosos e psicólogos, quer pais, alunos e professores, figurando quase diariamente na comunicação social. Por isso o fenómeno Bullying, preocupa vários segmentos da nossa sociedade, quer pelo seu crescimento, quer pelo destaque que lhe têm dado os meios de comunicação social.

De acordo com Pinheiro (2013), o Bullying é um conceito específico e muito bem definido, uma vez que não se deixa confundir com outras formas de violência, pois apresenta características muito específicas, devido a caracterizar-se como um processo de abuso e intimidação verbal, física, ou psicológica por parte de uma criança ou adolescente sobre uma outra indefesa, ou com menos defesas, com o objetivo de a fazer sofrer e/ou humilhar. O que distingue o Bullying da violência dita normal, é nos atos que são praticados sistematicamente por parte do agressor sobre a vítima.

Perante este clima ameaçador, quer alunos quer professores, sentem-se constantemente intimidados e sofrem com o medo de serem a próxima vítima de qualquer tipo de ameaça.

No que respeita à dimensão relacional, Afonso (*cit. In* Sebastião et al. 2004), encontra no contexto sala de aula, a dimensão do desequilíbrio de poder que existe na relação pedagógica professor/aluno.

Ainda segundo este autor, encontra-se uma desigualdade na condição da relação pedagógica, salientando-se um carácter coercivo da interação, a distância social entre professores e alunos e, ainda, a dificuldade de acionamento de sanções disciplinares.

Encontrou-se ainda uma indefinição normativa nas escolas resultante de quadros normativos pouco claros, ou inapropriados pela sua complexidade e linguagem.

Esta indefinição existente, cria um amplo espaço de possibilidades para a ocorrência de situações de conflito.

Torna-se, portanto necessário, a criação de normas claras e objetivas e de fácil e concreta aplicação, normas esta que devem ser caracterizadas pelo seu cumprimento obrigatório, pautadas pela exigência de obediência e disciplina, e que permitam distinguir sem margem para dúvidas, os atos violentos dos não violentos.

No entanto, as investigações levadas a cabo no âmbito da indisciplina na maioria dos casos não abordam diretamente a questão da violência, no entanto, estas duas problemáticas estão muito relacionadas entre si.

De acordo Com Pereira (*cit. In* Barbosa et al 2012), no que respeita ao fenómeno Bullying, os recreios das escolas surgem como os espaços escolares com maior incidência de ocorrência de Bullying. Isto parece acontecer devido à falta de diversidade de oferta educativa que os recreios apresentam, sobrelotação, fraca supervisão, assim como também a falta de consideração pelas necessidades das crianças e adolescentes.

Ainda considera este autor que a falta de organização dos espaços de recreio resulta na desvalorização do poder educativo, e são desta forma convidativos para a existência de comportamentos agressivos no seio da comunidade escolar.

Segundo Pinheiro (2013), um dos grandes problemas na intervenção da problemática relacionada com o Bullying, é que este normalmente é pouco visível através das relações que são estabelecidas entre os alunos e a comunidade escolar.

Os agressores são capazes de camuflar os comportamentos que sabem ser disruptivos nomeadamente na presença de adultos, enquanto as vítimas, envergonhadas

pela situação a que habitualmente são sujeitas, quer por medo, ou por vergonha, evitam relatar e denunciar as agressões a que estão sujeitas de forma constante e continuada.

De acordo com Kumpulainen (2008), podemos afirmar que raramente um único comportamento prediz problemas futuros, tão claramente como o bullying o faz.

Nos alunos mais jovens, o défice de atenção com hiperatividade, a depressão, assim como a ansiedade, são predominantes e concomitantes ao bullying entre as crianças envolvidas. Durante a adolescência e no início da idade adulta, podem surgir outros distúrbios psiquiátricos, mais graves, e capazes de comprometer seriamente as vidas das crianças que viveram experiências traumatizantes, às mãos dos seus pares.

Conclui-se atualmente, que existe uma estreita ligação entre os problemas de comportamento e a hiperatividade, como fortes preditores para delinquência. Como foi referido por Hofvander et al. (2011), mesmo com a ausência de problemas de comportamento, a hiperatividade, continua a ser um risco significativo para o comportamento criminal e é bom conseguir identificá-lo.

A violência escolar, também teve demonstrada a sua relação com a PDAH em diversos estudos com crianças, tanto como agressoras como vítimas, pois estas crianças portadoras de PDAH, são descritas como sendo socialmente imaturas, uma vez que muitas vezes não têm habilidades sociais tais como, a flexibilidade e vontade de comprometimento que ajudam a resolver conflitos. Atualmente pode afirmar-se, que as crianças associadas à PDAH, podem vir a desenvolver transtornos de conduta, entre os quais se encontra o fenómeno de bullying.

Posto isto, a escola deve originar um diagnóstico precoce destas perturbações, conhecendo todos os portadores, e assegurando desta forma um acompanhamento e medicação eficaz e eficiente.

Metodologia

Metodologia Qualitativa

De acordo com Demo (*cit. In Martins 2004*), logo à partida, é preciso esclarecer que metodologia é entendida fundamentalmente como o conhecimento crítico dos caminhos do processo científico, interrogando e questionando acerca dos seus limites e possibilidades. Não se trata pois, de uma discussão sobre técnicas qualitativas de pesquisa, mas sim sobre as maneiras de se fazer ciência. Entende-se, pois que a metodologia qualitativa é uma disciplina instrumental ao serviço da pesquisa, pois nela, toda questão técnica e prática implica uma discussão teórica.

A pesquisa qualitativa pode definir-se, como aquela que privilegia a análise através do estudo das ações sociais individuais e grupais, realizando uma apreciação extensiva dos dados, e caracterizada pela heterodoxia no momento de análise.

Muitas críticas têm sido tecidas à metodologia qualitativa. Desde a falta de representatividade e possibilidade de generalização, às questões que se prendem com a ética, decorrentes da proximidade entre pesquisador e pesquisados. No entanto, e ao contrário da metodologia quantitativa, que é mais realizada em contexto laboratorial, esta metodologia de investigação científica aqui referida, cria uma sinergia entre os participantes à medida que eles comentam as sugestões e ideias dadas pelos outros participantes, possibilitando assim a oportunidade de aprofundar as respostas. Procura, pois explorar as respostas dadas, indo além das primeiras respostas racionais fornecidas pelos respondentes, dando ao investigador a oportunidade de observar, gravar e interpretar a linguagem não-verbal.

Objetivos da Investigação

Objetivos gerais

A criminologia como ciência, tem como principal objetivo, o estudo dos aspetos científicos da delinquência, as causas e as consequências do crime. Cuida, pois a Criminologia da descrição do facto delituoso, da análise dos fatores do crime, do processo psíquico da exteriorização criminosa, da personalidade do criminoso e da vítima do delito.

É necessária, portanto, a análise da delinquência juvenil e também da criminalidade adulta como estudo jurídico, psicológico, social e criminológico, pois caso contrário, estaria Cesare Lombroso correto quando afirmou existir o “*criminoso nato*”.

Desta feita, este trabalho possui como objetivo geral, tentar equacionar a percepção dos alunos relativamente a episódios de Bullying seja como vítimas, vítimas agressivas, agressores (bullies), ou mesmo observadores, e estabelecer uma correlação entre o bullying e diferentes Psicopatologias características da adolescência como a PDAH, em contexto escolar.

Objetivos Específicos

No que respeita aos objetivos específicos pretende-se saber:

1. A nível do contexto sócio-familiar, como e que os alunos interagem com os seus progenitores e com a restante família;
2. Como se relacionam com o grupo de pares e se sentem integrados nesse mesmo grupo;
3. Qual o significado que os alunos têm da escola como fonte de ensino/aprendizagem, e qual o significado que têm dos docentes e restantes funcionários que intervêm na comunidade escolar;
4. Pretende-se também aferir qual o entendimento que os alunos possuem de si próprios e dos seus comportamentos.
5. Se existe alguma correlação entre desvios comportamentais e/ou disruptivos, e violência escolar (bullying).
6. Se existe alguma correlação entre problemas de saúde mental, como a PDAH e a violência escolar (bullying).

Hipóteses

1. Os jovens com um bom relacionamento sócio-familiar apresentam uma melhor qualidade de vinculação à instituição escolar e ao grupo de pares;
2. Os jovens com um mau relacionamento sócio-familiar apresentam uma pior qualidade de vinculação à instituição escolar e ao grupo de pares;

3. Em questões de Bullying, os rapazes estão mais envolvidos quer como agressores, quer como vítimas, do que as suas congéneres;
4. Os jovens integrados na comunidade escolar em toda a sua aceção, possuem melhor rendimento escolar;
5. Os rapazes são quem mais agride a nível físico – agressão direta;
6. As raparigas são quem mais agride a nível psicológico e/ou emocional – agressão indireta.
7. Os comportamentos desviantes e/ou disruptivos estão correlacionados com a violência escolar (bullying).
8. Problemas de saúde mental como a hiperatividade/Impulsividade, estão relacionados e potenciam a violência escolar (bullying).
9. Problemas relacionados com o défice de atenção, poderão estar relacionados com a violência escolar (bullying).
10. Problemas relacionados com transtornos de conduta, poderão estar relacionados com a violência escolar (bullying).
11. A conjugação de fatores como o défice de atenção, com hiperatividade/impulsividade, são um enorme fator de risco para o desenvolvimento da violência escolar (bullying).

Métodos

Participantes

De acordo com Morse 1994 (*cit. In Ferreira 2006*), os participantes escolhidos deverão ser “peritos experienciais” no fenómeno, ou seja, os que possuam um conhecimento de causa sobre a matéria em análise, os quais poderão transmitir uma informação mais detalhada acerca do fenómeno Bullying.

Neste sentido, os denominados peritos, são os intervenientes diretos no fenómeno Bullying, quer como vítimas quer como agressores e mesmo observadores.

A amostra é aleatória e constituída por alunos de ambos os sexos, que frequentam uma escola de segundo ciclo do ensino básico, da cidade de Chaves e que de alguma forma estejam envolvidos com o fenómeno em estudo.

Tentar-se-á, que a amostra seja o mais abrangente possível, prevendo-se que a mesma seja constituída pelo menos, por cem indivíduos.

Instrumentos

Para estruturar a entrevista como técnica de recolha de dados, baseamo-nos no trabalho realizado por Diaz-Aguado e adaptado por M.J.D. Martins, sobre Exclusão Social e Violência Escolar e na EDAH de Farré e Narbana para a avaliação e diagnóstico da PDAH.

Escala de Avaliação da Perturbação de Défice de atenção/Hiperatividade

O instrumento utilizado para o diagnóstico da PDAH, foi a EDAH de Farré e Narbana, que classifica a criança com o predomínio dos seguintes sintomas: hiperatividade, défice de atenção, transtorno de conduta, hiperatividade com défice de atenção ou sintomas do défice de atenção/hiperatividade associados ao transtorno de conduta. Esta escala é composta por 20 questões fechadas, sendo que as respostas a serem dadas variam de 1 a 4 pontos, às quais o professor responde conforme a conduta frequente do aluno durante os últimos seis meses.

Para calcular as pontuações diretas de cada subescala, somam-se as questões correspondentes aos itens de cada uma delas (Hiperatividade/Impulsividade; Défice de Atenção; e Transtorno de Conduta):

- Predomínio de HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE: Questões 1, 3, 5, 13 e 17

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Hiperatividade/Impulsividade maior ou igual a 10.

- Predomínio de DÉFICIT DE ATENÇÃO: Questões 2, 4, 7, 8 e 19

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Défice de Atenção maior ou igual a 10.

- Predomínio de TRANSTORNO DE CONDUTA: Questões 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 e 20

Resultado: somatório das respostas relativas às questões de Transtorno de Conduta maior ou igual a 11.

Segundo Farré e Narbana, a presença – ou ausência – de Transtornos de Conduta ajuda a definir se estes são concomitantes à PDAH ou se se trata de outro tipo de transtorno sem a PDAH subjacente.

- Se o somatório das respostas das questões de Hiperatividade/Impulsividade e Déficit de Atenção for maior ou igual a 18, considera-se a criança com predomínio de Hiperatividade com Déficit de Atenção.
- Se o somatório das respostas de todas as questões (Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Transtorno de Conduta) for maior ou igual a 30, considera-se a criança com PDAH (global).

EDAH de Farré e Narbana - traduzida

Escala de Avaliação da Perturbação de Défice de atenção/Hiperatividade

Nada	Muito	Suficiente	Muito
1	2	3	4

01	Tem excessiva inquietude motora	1	2	3	4
02	Tem dificuldades de aprendizagem na escola	1	2	3	4
03	Incomoda frequentemente outras crianças	1	2	3	4
04	Distrai-se facilmente, mostrando atenção escassa	1	2	3	4
05	Exige satisfação imediata dos seus desejos	1	2	3	4
06	Tem dificuldades em atividades cooperativas	1	2	3	4
07	Costuma estar nas nuvens, distraído	1	2	3	4
08	Deixa por acabar as tarefas que iniciou	1	2	3	4
09	Não é bem aceite pelo grupo	1	2	3	4
10	Negas os seus erros e coloca a culpa nos outros	1	2	3	4
11	Frequentemente grita em situações inadequadas	1	2	3	4
12	Responde com facilidade, é malcriado e arrogante	1	2	3	4
13	Mexe-se constantemente, é intranquilo	1	2	3	4
14	Discute e briga por qualquer coisa	1	2	3	4
15	Tem explosões advindas de uma instabilidade temperamental	1	2	3	4
16	Não tem muita noção dos limites e de “jogo limpo”	1	2	3	4
17	É impulsivo e irritável	1	2	3	4
18	Relaciona-se mal com a maioria dos seus colegas	1	2	3	4
19	Os seus esforços são facilmente frustrados, é inconstante	1	2	3	4
20	Não aceita as indicações do professor	1	2	3	4

O Questionário de Exclusão Social e Violência Escolar

De acordo com Martins (...), O questionário inicia-se com uma série de 12 questões sobre o modo como os adolescentes se sentem em diferentes lugares e situações, e nos relacionamentos que estabelecem com pessoas significativas nas suas vidas (pai, mãe, amigos, colegas, professores). A escala é de escolha múltipla e as respostas podem ir de 1 a 7 (de muito mal a muito bem).

Segue-se um conjunto de 15 itens que visa avaliar em que medida o respondente foi vítima de diferentes formas de agressão (“bullying”). Em relação a cada item as alternativas de resposta são sempre quatro: «1 = nunca, 2 = algumas vezes, 3 = muitas vezes, 4 = quase sempre». Os quatro primeiros itens (desse primeiro bloco de 15 itens) remetem para situações de exclusão social ou “bullying” indireto (os meus colegas ignoram-me, impedem-me de participar nas suas atividades, falam mal de mim, e rejeitam-me); os dois itens seguintes remetem para agressão verbal (os colegas insultam-me e gozam-me, e chamam-me nomes que me ofendem), os cinco itens seguintes referem-se a situações de violência com agressão menor (os meus colegas escondem-me coisas, estragam-me coisas, roubam-me, batem-me, ameaçam-me para meter medo); e os seguintes quatro itens referem-se a situações de violência com agressão grave (os meus colegas obrigam-me a fazer coisas que não quero, intimidam-me com insultos de carácter sexual, obrigam-me a participar em situações de carácter sexual, ameaçam-me com facas...).

O questionário inclui outros 30 itens, similares aos anteriores na formulação sintática, mas que pretendem avaliar em que medida o respondente foi agressor nas situações equivalentes às que acabamos de descrever (segundo bloco de 15 itens) ou observador dessas situações (terceiro bloco de 15 itens).

Assim, o questionário inclui 3 escalas: da vítima, do agressor, e do observador.

Seguem-se ainda oito itens sobre quem intervém e ajuda quando ocorrem situações de “bullying”; sete itens sobre as atitudes dos professores (tal como percebidas pelos adolescentes) relativamente a essas situações; e sete itens sobre a atitude do próprio adolescente face a condutas de “bullying” perpetradas pelos colegas.

Todas as respostas são fechadas, de escolha múltipla, numa escala que vai de 1 a 7 do item um ao doze, e que vai de 1 a 4 do item treze ao item setenta e nove.

Deste modo, o questionário abarca um vasto leque de condutas de “bullying” e inclui itens que refletem os três tipos de “bullying” (indireto, verbal, e físico de diferente grau de gravidade).

O questionário limita-se a questionar os alunos sobre se já sofreram, infligiram ou observaram alguma daquelas situações sem efetuar ou induzir juízos de valor sobre as situações.

Procedimentos

O primeiro passo, para proceder à recolha de dados para esta investigação, será a de solicitar ao Diretor(a) da Faculdade que seja enviado à instituição, o pedido formal de autorização, protocolo, para proceder à recolha dos dados necessários para a investigação.

Caso seja deferido o pedido, será necessário entrar em contacto com o(a) Presidente do Conselho Executivo, por forma a saber se poderemos efetuar aí a recolha dos dados para o nosso estudo.

Já na escola e perante a(s) turma(s), serão explicados os objetivos do estudo, proceder-se-á também à entrega da autorização de consentimento informado, para ser assinada pelas três partes intervenientes (investigador, pais ou encarregados de educação dos alunos, e alunos), a fim de autorizarem a recolha dos dados.

Após o diretor(a) de turma recolher as autorizações, será dado início à passagem do questionário à amostra selecionada. Será mais uma vez explicado o âmbito do estudo.

Tratamento de dados

Após a aplicação do questionário e da EDAH, todas as respostas serão analisadas em função das variáveis em estudo.

Será também feita, a análise quantitativa das perguntas fechadas através da aplicação informática SPSS para tratamento estatístico de dados, como também a análise qualitativa das questões abertas, por forma a apreender o carácter multidimensional do fenómeno em análise, bem como para captar os diferentes significados de uma experiência vivida, auxiliando assim a compreensão do indivíduo no seu contexto.

Variáveis Sócio-demográficas

Estas variáveis foram seleccionadas de acordo com as necessidades do estudo em questão, de forma a verificar se existem diferenças entre os grupos, nomeadamente sexo, idade e contexto.

Análise Sócio Demográfica

Através da tabela 1, podemos observar que a média de idades das crianças é de 10,92 anos ($M_o=11,00$; $\sigma=,759$), com um valor mínimo ($X_{\min.}$) de 10 anos e um valor máximo ($X_{\max.}$) de 12 anos.

TABELA 1: Caracterização da amostra face à Idade

Idade	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\min.}$)	Valor Máximo ($X_{\max.}$)	N
	10,92	11,00	11,00	,759	10	12	49

TABELA 2: Distribuição da amostra face à Idade

Idade	nº	%
10	16	32,7
11	21	42,9
12	12	24,4
Total	49	100,0

Quando comparadas as idades dos inquiridos, constata-se que os 11 anos é a idade mais representativa com 42,9%. Com 10 anos temos 32,7% dos inquiridos.

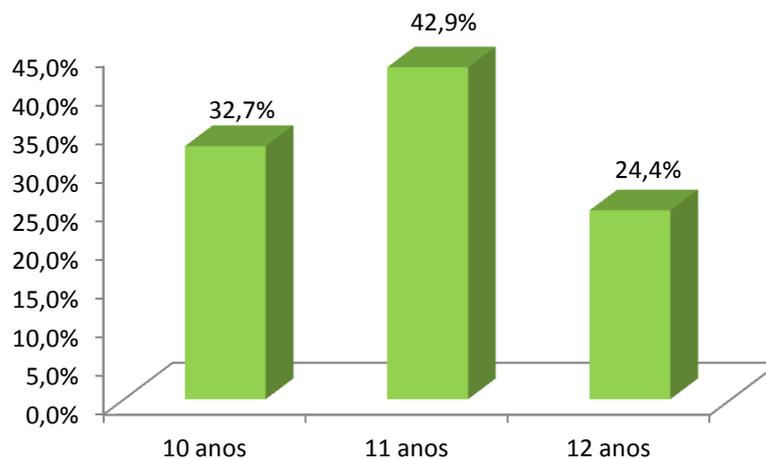


FIGURA 1: Distribuição da amostra face à Idade

A nossa amostra, contou com 53,1% ($n = 27$) de crianças do género masculino e 46,9% ($n = 23$) de crianças do género feminino (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição da amostra face ao Género

	nº	%
Feminino	23	46,9
Masculino	26	53,1
Total	49	100,0

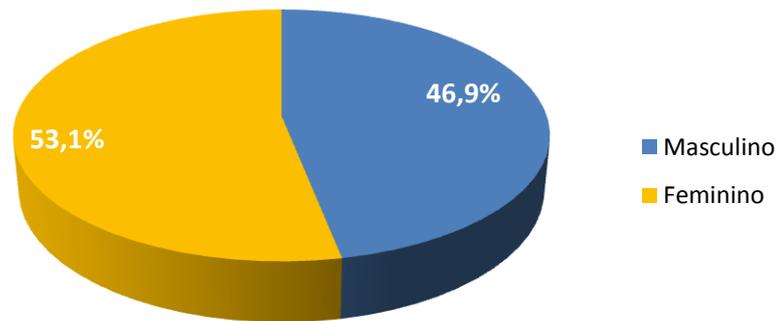


FIGURA 2: Distribuição da amostra face ao Género

TABELA 4: Caracterização da amostra face ao Nível de Escolaridade

Nível Escolaridade	Média (\bar{X})	Mediana (Md)	Moda (Mo)	Desvio Padrão (σ)	Valor Mínimo ($X_{\min.}$)	Valor Máximo ($X_{\max.}$)	N
	5,45	5,00	5	,542	5	7	49

Em relação ao nível de escolaridade das crianças, observamos que 56,0% (n = 28), frequentam o 5º ano e que 44,0% (n = 21) frequentam o 6º ano. Ou seja, 100% das crianças analisadas frequentam entre o 5º e o 6º ano de escolaridade (Tabela 5).

TABELA 5: Distribuição da amostra face ao Nível de Escolaridade

	nº	%
5º ano	28	57,2
6º ano	21	40,8
Total	49	100,0

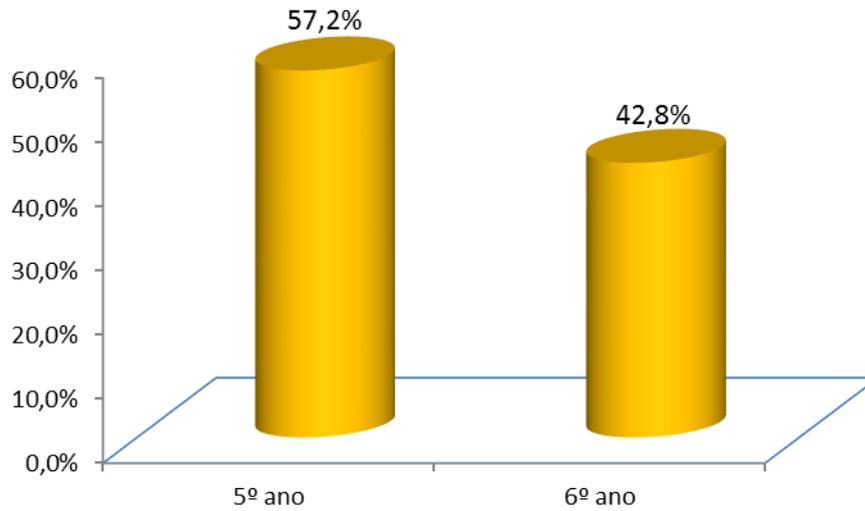


FIGURA 3: Distribuição da amostra face ao Nível de Escolaridade

Bullying (Comportamentos Disruptivos, Desviantes e Antinormativos)

(B13 a B27) – Bullying

B13 a B16 - Bullying indirecto

B17 a B18 – Agressão Verbal

B19 a B23 – Violência Física com agressão menor

B24 a B27 – Violência Física com agressão maior

(C28 a C42)

(D43 a D57)

(E58 a E65)

(F66 a F72)

(G73 a G79)

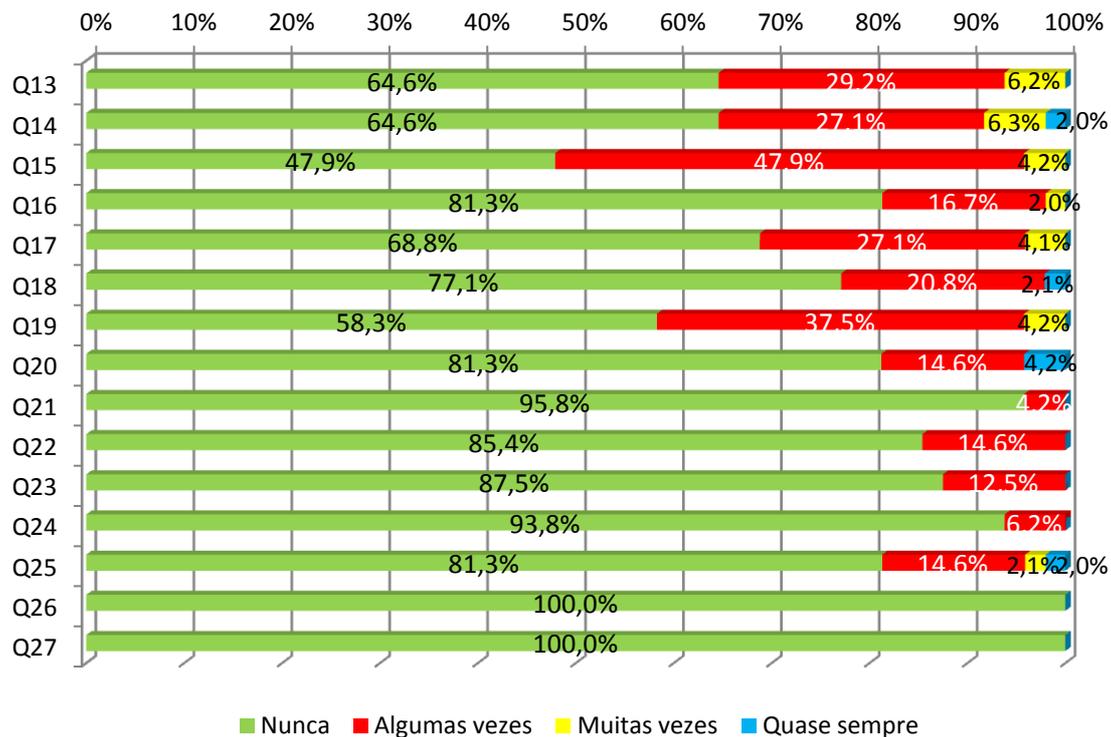


FIGURA 4: Questões relacionadas com Bullying indireto, Agressão verbal, Violência Física com agressão menor e maior

No que respeita a atos de Violência física, com agressão maior, 100% dos respondentes referiu que nunca ocorreu os colegas ameaçarem com armas, como facas e bastões, assim como os colegas nunca obrigaram, através de ameaças, a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual.

Dos atos relacionados com Bullying indireto (ignorar, falar mal e rejeição), de salientar que cerca de 8,3% afirmaram que já foram impedidas, muitas vezes e quase sempre, de participar em atividades com outros colegas.

“A violência Escolar e a sua relação com as diferentes Psicopatologias”

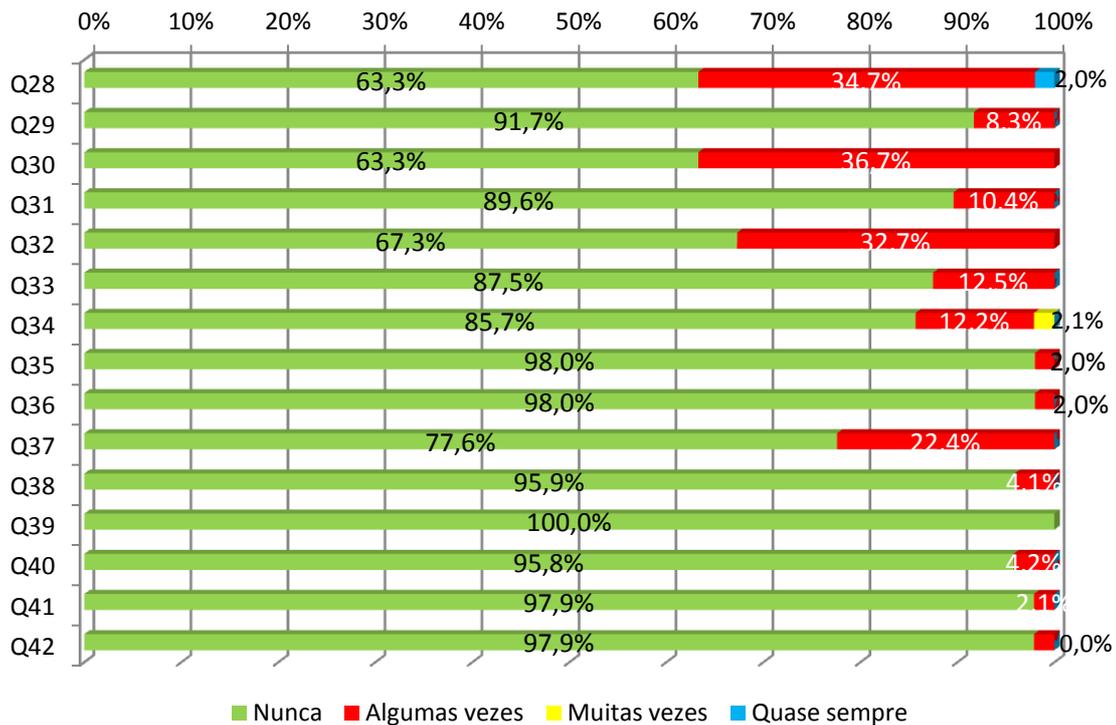


FIGURA 5: Questões relacionadas com o aborrecimento de um(a) ou mais colegas na escola, nos últimos 2 meses

Cerca de 36,7% dos respondentes são da opinião de que, algumas vezes, já falaram mal de colegas, enquanto 34,0% já ignorou, algumas vezes um(a) colega (figura 5). Também 32,7% referiu, que já insultaram ou gozaram com um(a) colega.

Na figura 6, verifica-se que 12,3% já impediram, muitas vezes/quase sempre, um colega de participar em atividades, assim como 12,2% afirmou já ter batido num(a) colega.

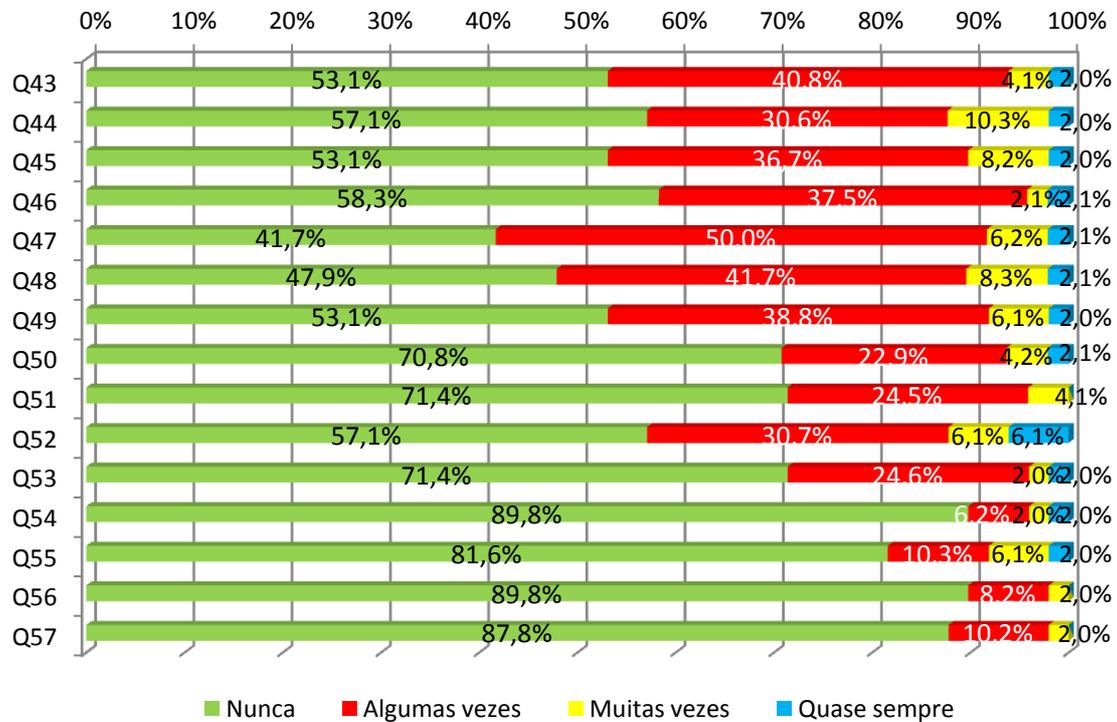


FIGURA 6: Questões relacionadas com a observação, nos últimos 2 meses, de situações sem que nada tenha sido feito para as provocar/evitar

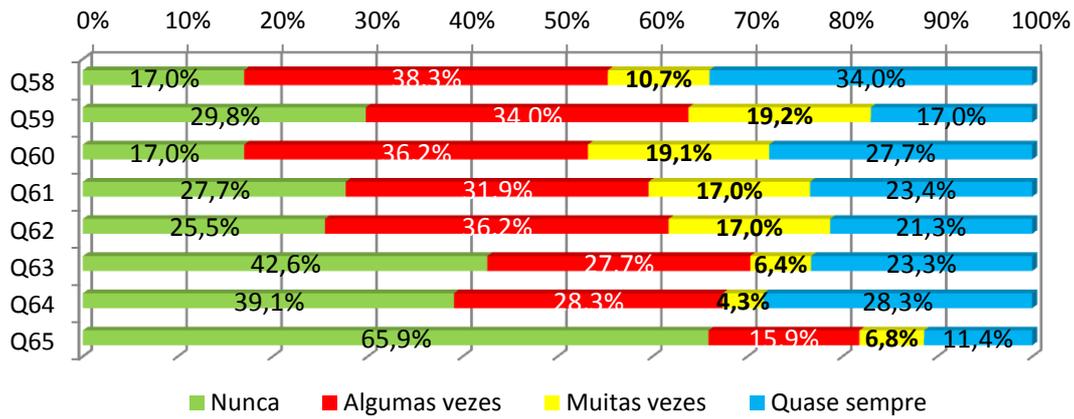


FIGURA 7: Questões relacionadas com as pessoas que intervêm para ajudar/intervir quanto aos problemas anteriores

Na figura 7, estão refletidas as pessoas que intervêm para ajudar os colegas nos problemas anteriormente apresentados (de Bullying). Assim, foi referido que se pediria ajuda, principalmente (muitas vezes/quase sempre) ao diretor de turma (46,8%), enquanto 44,7% mencionou o(s) amigo(s).

Curiosamente, os pais (pai e mãe) não obtiveram percentagem muito alta em termos de pessoas a quem pediriam auxílio, sendo que apenas 32,6% das mães e 29,7% dos pais seriam chamados a apoiar em atos de Bullying.

“A violência Escolar e a sua relação com as diferentes Psicopatologias”

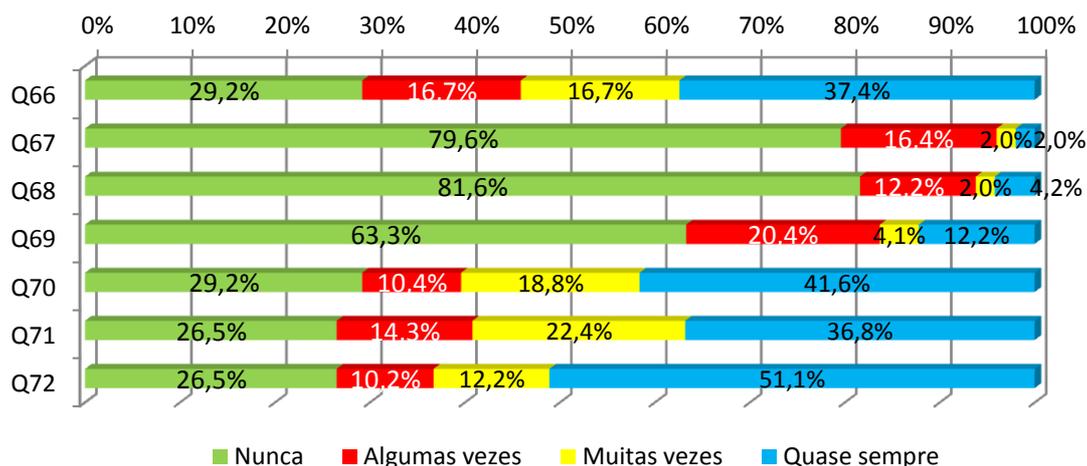


FIGURA 8: Questões relacionadas com a atitude/comportamento dos professores perante os problemas descritos

Nos últimos 2 meses, cerca de 63,3% dos respondentes mencionaram que muitas vezes/quase sempre, podem contar com um professor(a) quando alguém tenta abusar. Também 60,4% referiu que também muitas vezes/quase sempre, intervêm ativamente para resolver esses problemas (figura 8).

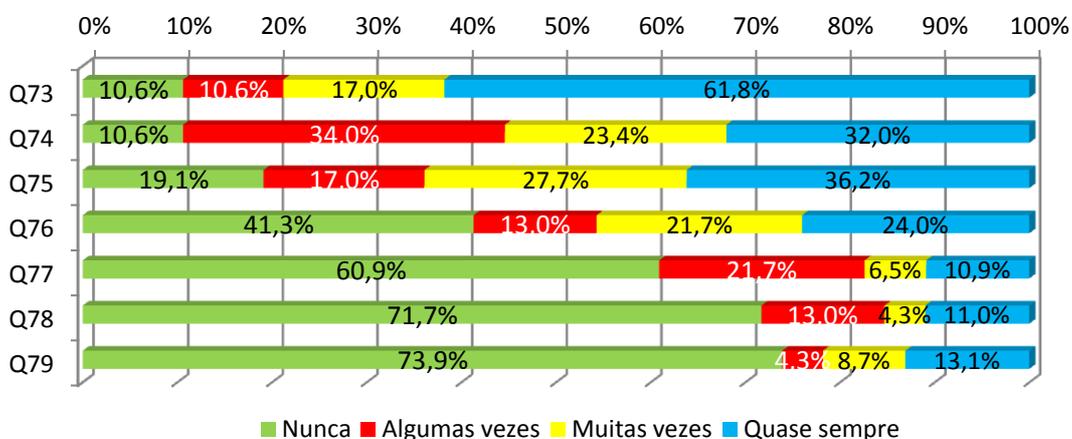


FIGURA 9: Questões relacionadas com a atitude/comportamento quando algum dos colegas agride/mete com outro colega

Quando os elementos da nossa amostra, assistem a alguma agressão de outro colega, cerca de 78,8% tentam, muitas vezes/quase sempre, resolver a situação, visto tratar-se de um amigo(a).

Também muitas vezes/quase sempre, os jovens alunos pedem ajuda a um professor (63,9%).

Hipóteses

12. Os jovens com um bom relacionamento sociofamiliar apresentam uma melhor qualidade de vinculação à instituição escolar e ao grupo de pares;

Através do cruzamento das variáveis que indiciam o bom relacionamento sociofamiliar (“Em casa”) e a instituição escolar (“Na escola, em geral”), verificamos que de fato os jovens com melhor relacionamento sociofamiliar, são os que apresentam melhor qualidade de vinculação à instituição escolar. Estão nestas condições 44,0% dos jovens inquiridos, pelo que a primeira hipótese formulada foi cumprida (tabela 5).

13. Os jovens com um mau relacionamento sociofamiliar, apresentam uma pior qualidade de vinculação à instituição escolar e ao grupo de pares;

A segunda hipótese levantada, refere que os jovens com um mau relacionamento sociofamiliar apresentam uma pior qualidade de vinculação à instituição escolar. Também através da tabela 5, podemos averiguar a veracidade desta hipótese. Apenas 4,1% dos jovens deram uma valorização de 6 pontos “Em casa” e 5 pontos “Na escola, em geral”.

TABELA 5: Distribuição da amostra face ao cruzamento das variáveis “Em casa” e “Na escola, em geral”

		Na escola, em geral				Total	
		4	5	6	Muito Bem		
Em casa	5	Contagem	0	0	1	1	2
		% do Total	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	4,1%
	6	Contagem	0	2	0	1	3
		% do Total	0,0%	4,1%	0,0%	2,0%	6,1%
Muito Bem		Contagem	1	5	16	22	44
		% do Total	2,0%	10,2%	32,7%	44,9%	89,8%
Total		Contagem	1	7	17	24	49
		% do Total	2,0%	14,3%	34,7%	49,0%	100,0%

14. Em questões de Bullying, os rapazes estão mais envolvidos quer como vítimas, quer como agressores, do que as suas congéneres;

Para dar resposta a esta hipótese, foi verificada a existência de diferenças significativas entre rapazes e raparigas, quanto às questões relativas aos jovens como agressores e como vítimas. Para tal foi averiguada a normalidade da distribuição, tendo-se concluído que não foi cumprido o teste não paramétrico de normalidade.

Sendo assim, não pode ser utilizado o teste paramétrico de T-Student, mas sim o teste alternativo não paramétrico de Mann Whitney (tabelas 6 e 7).

TABELA 6: Teste não Paramétrico de Mann Whitney, por género quanto a vítimas

Questões	Género	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.																																																																																																																																																					
13	<i>Feminino</i>	1,65	0,714	187,500	512,500	-2,456	0,014																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,20	0,408					14	<i>Feminino</i>	1,52	0,846	281,000	606,000	-0,159	0,874	<i>Masculino</i>	1,40	0,577	15	<i>Feminino</i>	1,78	0,518	171,500	496,500	-2,710	0,007	<i>Masculino</i>	1,36	0,569	16	<i>Feminino</i>	1,35	0,573	222,000	547,000	-1,995	0,046	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	17	<i>Feminino</i>	1,48	0,665	238,000	563,000	-1,262	0,207	<i>Masculino</i>	1,24	0,436	18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500
14	<i>Feminino</i>	1,52	0,846	281,000	606,000	-0,159	0,874																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,40	0,577					15	<i>Feminino</i>	1,78	0,518	171,500	496,500	-2,710	0,007	<i>Masculino</i>	1,36	0,569	16	<i>Feminino</i>	1,35	0,573	222,000	547,000	-1,995	0,046	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	17	<i>Feminino</i>	1,48	0,665	238,000	563,000	-1,262	0,207	<i>Masculino</i>	1,24	0,436	18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---						
15	<i>Feminino</i>	1,78	0,518	171,500	496,500	-2,710	0,007																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,36	0,569					16	<i>Feminino</i>	1,35	0,573	222,000	547,000	-1,995	0,046	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	17	<i>Feminino</i>	1,48	0,665	238,000	563,000	-1,262	0,207	<i>Masculino</i>	1,24	0,436	18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																	
16	<i>Feminino</i>	1,35	0,573	222,000	547,000	-1,995	0,046																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,08	0,277					17	<i>Feminino</i>	1,48	0,665	238,000	563,000	-1,262	0,207	<i>Masculino</i>	1,24	0,436	18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																												
17	<i>Feminino</i>	1,48	0,665	238,000	563,000	-1,262	0,207																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,24	0,436					18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																							
18	<i>Feminino</i>	1,43	0,728	220,500	545,500	-1,894	0,058																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,12	0,332					19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034	<i>Masculino</i>	1,28	0,458	20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																		
19	<i>Feminino</i>	1,65	0,647	198,500	523,500	-2,122	0,034																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,28	0,458					20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186	<i>Masculino</i>	1,12	0,332	21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																													
20	<i>Feminino</i>	1,43	0,896	244,000	569,000	-1,323	0,186																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,12	0,332					21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136	<i>Masculino</i>	---	---	22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																								
21	<i>Feminino</i>	1,09	0,288	262,500	587,500	-1,490	0,136																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	---	---					22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																			
22	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	248,000	573,000	-1,333	0,182																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,08	0,277					23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331	<i>Masculino</i>	1,08	0,277	24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																														
23	<i>Feminino</i>	1,17	0,388	260,500	585,500	-0,973	0,331																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,08	0,277					24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065	<i>Masculino</i>	---	---	25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																																									
24	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	250,000	575,000	-1,845	0,065																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	---	---					25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820	<i>Masculino</i>	1,28	0,678	26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																																																				
25	<i>Feminino</i>	1,22	0,518	280,000	556,000	-0,228	0,820																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	1,28	0,678					26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---	27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																																																															
26	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	---	---					27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																																																																										
27	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	612,500	0,000	1,000																																																																																																																																																					
	<i>Masculino</i>	---	---																																																																																																																																																									

Nota: Os campos que não dispõem de valores, dizem respeito a variáveis com valores constantes

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas questões 13, 15, 16 e 19.

Questão 13, $Z = -2,456$, $p=0,014$, os jovens do género feminino estão mais vulneráveis a ações de bullying (*os meus colegas ignoram-me*) do que os jovens do género masculino (1,65 versus 1,20).

Questão 15, $Z=-2,710$, $p=0,007$, os jovens do género feminino estão mais vulneráveis a ações de bullying (*os meus colegas falam mal de mim*) do que os jovens do género masculino (1,78 versus 1,36).

Questão 16, $Z=-1,995$, $p=0,046$, os jovens do género feminino estão mais vulneráveis a ações de bullying (*os meus colegas rejeitam-me*) do que os jovens do género masculino (1,35 versus 1,08).

Questão 19, $Z=-2,122$, $p=0,034$, os jovens do género feminino estão mais vulneráveis a ações de bullying (*os meus colegas escondem-me coisas*) do que os jovens do género masculino (1,65 versus 1,28).

TABELA 7: Teste não Paramétrico de Mann Whitney, por género quanto a agressores

Questões	Género	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.																																																																																																																															
28	Feminino	1,43	0,507	290,000	641,000	-0,215	0,830																																																																																																																															
	Masculino	1,44	0,712					29	Feminino	1,10	0,301	285,500	610,500	-0,086	0,931	Masculino	1,08	0,277	30	Feminino	1,38	0,498	285,500	636,500	-0,324	0,746	Masculino	1,36	0,490	31	Feminino	1,10	0,301	279,000	532,000	-0,274	0,784	Masculino	1,12	0,332	32	Feminino	1,38	0,498	287,000	638,000	-0,296	0,767	Masculino	1,32	0,476	33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516	Masculino	1,16	0,374	34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000
29	Feminino	1,10	0,301	285,500	610,500	-0,086	0,931																																																																																																																															
	Masculino	1,08	0,277					30	Feminino	1,38	0,498	285,500	636,500	-0,324	0,746	Masculino	1,36	0,490	31	Feminino	1,10	0,301	279,000	532,000	-0,274	0,784	Masculino	1,12	0,332	32	Feminino	1,38	0,498	287,000	638,000	-0,296	0,767	Masculino	1,32	0,476	33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516	Masculino	1,16	0,374	34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200						
30	Feminino	1,38	0,498	285,500	636,500	-0,324	0,746																																																																																																																															
	Masculino	1,36	0,490					31	Feminino	1,10	0,301	279,000	532,000	-0,274	0,784	Masculino	1,12	0,332	32	Feminino	1,38	0,498	287,000	638,000	-0,296	0,767	Masculino	1,32	0,476	33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516	Masculino	1,16	0,374	34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																	
31	Feminino	1,10	0,301	279,000	532,000	-0,274	0,784																																																																																																																															
	Masculino	1,12	0,332					32	Feminino	1,38	0,498	287,000	638,000	-0,296	0,767	Masculino	1,32	0,476	33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516	Masculino	1,16	0,374	34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																												
32	Feminino	1,38	0,498	287,000	638,000	-0,296	0,767																																																																																																																															
	Masculino	1,32	0,476					33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516	Masculino	1,16	0,374	34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																							
33	Feminino	1,10	0,301	268,000	521,000	-0,650	0,516																																																																																																																															
	Masculino	1,16	0,374					34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779	Masculino	1,20	0,500	35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																		
34	Feminino	1,14	0,359	290,500	566,500	-0,280	0,779																																																																																																																															
	Masculino	1,20	0,500					35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347	Masculino	1,04	0,200	36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																													
35	Feminino	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347																																																																																																																															
	Masculino	1,04	0,200					36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288	Masculino	---	---	37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																																								
36	Feminino	1,05	0,218	286,000	637,000	-1,063	0,288																																																																																																																															
	Masculino	---	---					37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912	Masculino	1,24	0,436	38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																																																			
37	Feminino	1,24	0,436	295,000	571,000	-0,111	0,912																																																																																																																															
	Masculino	1,24	0,436					38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179	Masculino	1,08	0,277	39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																																																														
38	Feminino	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179																																																																																																																															
	Masculino	1,08	0,277					39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000	Masculino	1,08	0,277	40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																																																																									
39	Feminino	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000																																																																																																																															
	Masculino	1,08	0,277					40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189	Masculino	1,04	0,200																																																																																																																				
40	Feminino	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189																																																																																																																															
	Masculino	1,04	0,200																																																																																																																																			

“A violência Escolar e a sua relação com as diferentes Psicopatologias”

41	<i>Feminino</i>	1,10	0,436	275,000	528,000	-0,920	0,358
	<i>Masculino</i>	---	---				
42	<i>Feminino</i>	---	---	273,000	624,000	-1,087	0,277
	<i>Masculino</i>	---	---				

Nota: Os campos que não dispõem de valores, dizem respeito a variáveis com valores constantes

Relativamente às questões que se identificam com ações de Bullying (sendo os jovens os agressores), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, entre os elementos do género masculino e feminino.

Mesmo analisando as medidas de tendência central, podemos concluir pela semelhança entre estas ações em rapazes e raparigas.

15. Os jovens integrados na comunidade escolar em toda a sua aceção, possuem melhor rendimento escolar;

16. Os rapazes são quem mais agride a nível físico - agressão direta;

Por forma a verificar se os rapazes agredem a nível físico, mais do que as raparigas, foram analisados os grupos de agressão menor e maior, através da comparação de médias. Não estando cumpridos os requisitos de normalidade da distribuição, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann Whitney (tabelas 8 e 9).

TABELA 8: Teste não Paramétrico de Mann Whitney, por Género quanto à Agressão Direta (menor)

Questões	Género	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.
34	<i>Feminino</i>	1,13	0,344	290,500	566,500	-0,280	0,779
	<i>Masculino</i>	1,19	0,491				
35	<i>Feminino</i>	---	---	287,500	563,500	-0,941	0,347
	<i>Masculino</i>	1,04	0,196				
36	<i>Feminino</i>	1,04	0,209	286,000	637,000	-1,063	0,288
	<i>Masculino</i>	---	---				
37	<i>Feminino</i>	1,22	0,422	295,000	571,000	-0,111	0,912
	<i>Masculino</i>	1,23	0,430				
38	<i>Feminino</i>	---	---	276,000	552,000	-1,344	0,179
	<i>Masculino</i>	1,08	0,272				

Nota : Os campos que não dispõem de valores, dizem respeito a variáveis com valores constantes

Através da aplicação do teste não paramétrico, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas, entre raparigas e rapazes, pelo que nada se pode concluir sobre o facto dos rapazes serem mais agressivos, a nível físico direto (menor e maior) do que as raparigas.

Porém, é de destacar a questão 34 (estraguei as coisas de um(a) colega) em que, em média, os rapazes apresentam uma ligeira propensão para a agressão física menor, do que as raparigas (1,19 versus 1,13).

TABELA 9: Teste não Paramétrico de Mann Whitney, por Género quanto à Agressão Direta (maior)

Questões	Género	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.
39	<i>Feminino</i>	---	---	286,000	637,000	0,000	1,000
	<i>Masculino</i>	1,08	0,272				
40	<i>Feminino</i>	---	---	264,000	517,000	-1,315	0,189
	<i>Masculino</i>	1,04	0,196				
41	<i>Feminino</i>	---	---	275,000	528,000	-0,920	0,358
	<i>Masculino</i>	---	---				
42	<i>Feminino</i>	1,09	0,426	273,000	624,000	-1,087	0,277
	<i>Masculino</i>	---	---				

Nota: Os campos que não dispõem de valores, dizem respeito a variáveis com valores constantes

17. As raparigas são quem mais agride a nível psicológico e/ou emocional - agressão indireta.

TABELA 10: Teste não Paramétrico de Mann Whitney, por Género quanto à Agressão Indireta

Questões	Género	Média	Desvio Padrão	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Sig.
28	<i>Feminino</i>	1,41	0,503	290,000	641,000	-0,215	0,830
	<i>Masculino</i>	1,44	0,712				
29	<i>Feminino</i>	1,09	0,294	285,500	610,500	-0,086	0,931
	<i>Masculino</i>	1,08	0,277				
30	<i>Feminino</i>	1,36	0,492	285,500	636,500	-0,324	0,746
	<i>Masculino</i>	1,36	0,490				
31	<i>Feminino</i>	1,09	0,294	279,000	532,000	-0,274	0,784
	<i>Masculino</i>	1,12	0,332				

Com base no teste não paramétrico de Mann Whitney, podemos observar na tabela 10, que não existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que através da análise das médias, concluímos que apenas na questão 29 (impedi um(a) colega de participar nas minhas atividades) as raparigas apresentam um maior nível de agressão a nível psicológico e/ou emocional do que os rapazes (1,09 versus 1,08).

Nas restantes questões deste cluster, os rapazes destacam-se mais do que as raparigas.

18. Os comportamentos desviantes e/ou disruptivos, estão correlacionados com a violência escolar (bullying).

A análise dos dados revelou associações muito modestas, tanto positivas como negativas e estatisticamente pouco significativas entre a dimensão Violência Escolar B, C e D e os comportamentos desviantes E, F e G.

De destacar, na tabela 13, a moderada correlação entre a dimensão da Violência Escolar D e o comportamento desviante F ($r=0,211$, $p=0,145$).

Tabela 11 – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar B e os Comportamentos desviantes

Comportamentos Desviantes	Correlação com a Violência Escolar B	Valor-p
E58 a E65	-0,056	0,712
F66 a F72	-0,178	0,226
G73 a G79	0,146	0,335

Tabela 12 – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar C e os Comportamentos desviantes

Comportamentos Desviantes	Correlação com a Violência Escolar C	Valor-p
E58 a E65	0,112	0,455
F66 a F72	-0,049	0,740
G73 a G79	0,094	0,530

Tabela 13 – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar D e os Comportamentos desviantes

Comportamentos Desviantes	Correlação com a Violência Escolar D	Valor-p
E58 a E65	0,005	0,975
F66 a F72	0,211	0,145
G73 a G79	0,168	0,260

Violência Escolar (B13 a B27), (C28 a C42), (D43 a D57)

Comportamentos desviantes (E58 a E65), (F66 a F72), (G73 a G79)

19. Problemas de **Saúde Mental (Hiperatividade/Impulsividade)** como a PDAH, estão relacionados e potenciam a violência escolar (Bullying).

Tabela XX – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar (Bullying) e o Sintoma de PDAH (Hiperatividade/Impulsividade)

Violência Escolar	Correlação com o Sintoma Hiperatividade/Impulsividade	Valor-p
B	-0,123	0,403
C	-0,009	0,949
D	-0,228	0,115
E	0,120	0,423
F	0,064	0,663
G	-0,049	0,744

20. Problemas relacionados com o **Défit de Atenção**, poderão estar relacionados com a violência escolar (bullying)

Tabela XX – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar (Bullying) e o Sintoma de PDAH (Déficit de Atenção)

Violência Escolar	Correlação com o Sintoma Déficit de Atenção	Valor-p
B	-0,149	0,311
C	-0,071	0,626
D	-0,044	0,765
E	-0,042	0,780
F	0,114	0,436
G	0,146	0,327

21. Problemas relacionados com **Transtornos de Conduta**, poderão estar relacionados com a violência escolar (bullying)

Tabela XX – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar (Bullying) e o Sintoma de PDAH (Transtornos de Conduta)

Violência Escolar	Correlação com o Sintoma Transtornos de Conduta	Valor-p
B	-0,210	0,152
C	-0,120	0,411
D	-0,170	0,242
E	0,100	0,504
F	0,044	0,762
G	0,020	0,892

22. A conjugação de fatores como o déficit de atenção, com hiperatividade/impulsividade, são um enorme fator de risco para o desenvolvimento da violência escolar (bullying)

Tabela XX – Correlação entre as dimensões da Violência Escolar (Bullying) e o Sintoma de PDAH (Hiperatividade/Impulsividade + Déficit de Atenção)

Violência Escolar	Correlação com o Sintoma Hiperatividade/Impulsividade + Déficit de Atenção	Valor-p
B	-0,149	0,313
C	-0,049	0,739
D	-0,129	0,376
E	0,028	0,854
F	0,100	0,495
G	0,069	0,645

TABELA X: Correlação entre o Bullying (Geral) e os sintomas de PDAH

Diagnóstico/Subescalas	Correlação	Valor-p
Global	0,026	0,860
Hiperatividade/Impulsividade	0,001	0,995
Déficit de Atenção	0,062	0,672
Transtorno de Conduta	0,007	0,962
Hiperatividade + Déficit de Atenção	0,039	0,789

As correlações são fracas, dado que as respostas aos questionários dos Sintomas PDAH, são na sua maioria de escala “NADA”.

TABELA X: Correlação entre os sintomas de PDAH

Diagnóstico/Subescalas	1	2	3	1+2
Global (1+2+3)	0,939**	0,900**	0,970**	0,983**
Hiperatividade/Impulsividade (1)		0,730**	0,936**	0,904**
Déficit de Atenção (2)			0,784**	0,952**
Transtorno de Conduta (3)				0,909**
Hiperatividade + Déficit de Atenção (1+2)				

Entre os diversos Sintomas de PDAH as correlações são bastante fortes, ou seja, valores sempre muito próximos de 1.

Escala de avaliação da PDAH

Subescala 1: Hiperatividade/Impulsividade

(Questões – 1,3,5,13 e 17) (Pontos ≥ 10)

Subescala 2: Déficit de Atenção

(Questões – 2,4,7,8 e 19) (Pontos ≥ 10)

Subescala 3: Transtorno de Conduta

(Questões – 6,9,10,11,12,14,15,16,18 e 20) (Pontos ≥ 11)

Conclusão:

- Se Subescala 1 + 2 ≥ 18 , então a criança tem predomínio de Hiperatividade com Déficit de Atenção;
- Se Subescala 1 + 2 + 3 ≥ 30 , então a criança tem PDAH (global)

TABELA X: Pontuações da PDAH

Diagnóstico/Subescalas	Pontuações
Hiperatividade/Impulsividade	10
Déficit de Atenção	10
Transtorno de Conduta	11
Hiperatividade + Déficit de Atenção	18
Global	30

Hiperatividade/Impulsividade: diagnóstico de PDAH com predomínio hiperativo/impulsivo

Déficit de Atenção: diagnóstico de PDAH com predomínio de Déficit de Atenção

Transtorno de Conduta: diagnóstico de Transtorno de Conduta

Hiperatividade + Déficit de Atenção: diagnóstico de PDAH do tipo combinado

Global: diagnóstico de PDAH associado ao Transtorno de Conduta

Resultado com a Amostra de 49 elementos:

Para análise dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva, mediante a distribuição simples e percentuais, através do software IBM SPSS versão 22.

Assim, obtiveram-se os seguintes resultados:

TABELA X: Distribuição da amostra face à Subescala 1 (pontuações ≥ 10)

	n°	%
0	35	71,4
2	5	10,2
4	3	6,2
6	3	6,2
8	1	2,0
11	1	2,0
13	1	2,0
Total	49	100,0

TABELA X: Distribuição da amostra face à Subescala 2 (pontuações ≥ 10)

	nº	%
0	21	42,9
2	1	2,0
4	5	10,2
6	9	18,5
8	6	12,2
10	5	10,2
13	1	2,0
14	1	2,0
Total	49	100,0

TABELA X: Distribuição da amostra face à Subescala 3 (pontuações ≥ 11)

	nº	%
0	31	63,3
2	7	14,3
4	3	6,1
8	2	4,2
10	3	6,1
14	1	2,0
18	1	2,0
23	1	2,0
Total	49	100,0

TABELA X: Distribuição da amostra face à Subescala 1+2 (pontuações ≥ 18)

	n ^o	%
0	21	42,9
2	1	2,0
4	3	6,1
6	9	18,4
8	4	8,2
10	2	4,1
12	2	4,1
14	1	2,0
16	4	8,2
24	1	2,0
27	1	2,0
Total	49	100,0

TABELA X: Distribuição da amostra face à Subescala 1+2+3 (pontuações ≥ 30)

	n ^o	%
0	21	43,0
2	1	2,0
4	3	6,1
6	5	10,3
8	5	10,3
10	2	4,1
12	2	4,1
14	1	2,0
16	1	2,0
22	1	2,0
24	3	6,1
26	1	2,0
30	1	2,0
42	1	2,0
50	1	2,0
Total	49	100,0

TABELA X: Características Gerais da amostra quanto aos sintomas de PDAH

Diagnóstico/Subescalas	Pontuações	Frequência	%
Global	≥ 30	2	4,0
Hiperatividade/Impulsividade	≥ 10	2	4,0
Déficit de Atenção	≥ 10	2	4,0
Transtorno de Conduta	≥ 11	3	6,0
Hiperatividade + Déficit de Atenção	≥ 18	2	4,0
Total	49	---	---

Assim, dos 49 elementos da nossa amostra, verificamos que a apenas 4,0% foi diagnosticado PDAH com predomínio Hiperativo/Impulsivo; a 4,0% foi igualmente diagnosticado PDAH com predomínio de Déficit de Atenção.

Relativamente ao Transtorno de Conduta, este fator foi diagnosticado em 6,0% dos respondentes.

Quando analisada a Hiperatividade juntamente com o Déficit de Atenção, constatamos que a 4,0% dos respondentes foi diagnosticado PDAH do tipo combinado.

A última análise efetuada diz respeito à junção dos três diagnósticos em estudo (Hiperatividade/Impulsividade, Déficit de Atenção e Transtorno de Conduta). Aqui verificou-se que a apenas 4,0% foi diagnosticado PDAH associado ao Transtorno de Conduta.

Conclusão

Este estudo teve por objetivo, perceber até que ponto as crianças/adolescentes de alguma forma relacionadas com o Bullying, poderão também estar relacionadas com a PDAH.

De acordo com a amostra analisada, o tipo de agressão mais grave que encontramos foi o Bullying indireto (ser ignorado, falar mal, e rejeição). Nesta amostra, a totalidade dos respondentes, afirma nunca ter ocorrido uma agressão maior (armas, facas e bastões).

Em questões de Bullying, os rapazes estão mais envolvidos em agressões diretas, agridem mais a nível físico do que as suas congéneres. Já estas, são quem mais agride a nível psicológico e/ou emocional – agressão indireta. Mesmo em termos gerais, os rapazes são quem mais se envolve em problemas relacionados com esta temática em toda a sua abrangência. Provavelmente devido a questões culturais.

Verificamos também neste estudo, uma boa vinculação dos alunos em relação ao seio escolar, uma vez que quando acontece algum problema, recorrem à ajuda dos colegas, dos professores ou funcionários.

Neste estudo e através da EDAH de Farré e Narbana aplicada aos docentes, verificamos que estes estão atentos e são sensíveis a este problema. Embora havendo poucos casos na sua escola, conseguem aperceber-se das diferenças entre os alunos com e sem PDAH diagnosticada e que os alunos com este diagnóstico estão devidamente sinalizados naquela escola. No entanto há que salientar, que os docentes e a restante comunidade escolar quando se encontram confrontados com casos em que é mais difícil mediar um problema entre os alunos, de certa forma agem baseados na sua experiência profissional. Falando nas escolas em geral e no seu percurso profissional, entendem que não há um plano devidamente delineado para intervir nestes casos e as propostas pedagógicas são escassas e/ou mesmo ineficazes. Entendem que seria certamente benéfico para toda a comunidade escolar haver uma equipa multidisciplinarmente formada para intervir, acompanhar e prevenir os problemas relacionados com a violência escolar e tudo a que com ela possa estar conetado direta ou indiretamente.

Na nossa pequena amostra de 49 elementos, verificamos que apenas 4% dos inquiridos está de alguma forma relacionado com a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade, pois através do cruzamento das diferentes variáveis as correlações são fracas. No entanto essa correlação entre a violência escolar – Bullying, e a PDAH existe.

Alguns investigadores nos seus estudos, consideram que os fatores psicossociais são determinantes e concomitantes à hiperatividade. Na maioria dos casos, as crianças diagnosticadas com a psicopatologia em estudo, vivem em contextos sociofamiliares com altos níveis de conflitualidade, com elevados défices sociais e ainda com problemas psicopatológicos. Embora se saiba que o contexto sociofamiliar não seja uma questão fulcral para o desenvolvimento da PDAH, os indivíduos geneticamente predispostos, terão um grau de risco bastante maior em desenvolver esta patologia de comportamento.

Segundo Salgueiro (1996), as famílias das crianças com PDAH, são famílias sobrepostas, deprimidas, ansiosas, intrusivas e manipuladoras. De acordo com este autor, na maioria dos casos as crianças desenvolvem a PDAH, devido às sucessivas crises existentes no seio da família.

Não podemos, pois, negar que estas crianças oriundas de famílias muitas vezes recompostas, com problemas sociais e psicopatológicos, possuem uma enorme dificuldade de integração no seio escolar, na sociedade em geral, e são um grupo de alto risco para seguir caminhos e comportamentos desviantes e ainda desenvolver outras psicopatologias a médio e longo prazo.

Desta forma, podemos afirmar que existe sem margem para dúvidas, uma importante correlação entre a violência escolar e a PDAH, e que esta correlação é uma questão complexa e multifatorial. Embora no nosso estudo essa correlação seja pouco significativa, ela existe, e os professores estão conscientes dos problemas a ela relativos e da dificuldade de integração no seio escolar dos alunos com estes problemas.

No nosso entender, na escola onde foi efetuado o estudo não se verificou uma correlação significativa, devido a ser uma escola situada numa cidade relativamente pequena, onde a maioria dos alunos estão inseridos no seio escolar e são provenientes de famílias estruturadas e inseridas na sociedade.

Cronograma de atividades *

	Janeiro 2014	Fevereiro 2014	Março 2014	Abril 2014	Maió 2014	Junho 2015	Outubro 2015 a Maio 2016
Revisão de literatura	X	X	X	X	X		
Aplicação dos questionários						X	
Análise e tratamento dos resultados						X	
Elaboração da dissertação		X	X	X	X	X	X
Discussão da dissertação							X

* Este cronograma de atividades, pode eventualmente ser alvo de alterações, por via das limitações temporais e das questões burocráticas.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR. *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed.), Edição revista. Lisboa: Climepsi Editores [trad. port.]
- Bauer, N., Herrenkohl, P., Rivara, F., Hill, K., & Hawkins, D. (2006). *Childhood Bullying Involvement and Exposure to Intimate Partner Violence*. *Pediatrics* - Official journal of the American Academy of Pediatrics, 118, 235-242.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperactividade - THDA*. Artemed. São Paulo, Brasil.
- Barkley, R. A. (2006). *“Attention Deficit Hyperactivity Disorder – A Handbook for Diagnosis and Treatment”*. Guilford Press. Nova Iorque, EUA.
- Barros, P., Carvalho, J. & Pereira, M. (2009). *Um estudo sobre o Bullying em contexto escolar. IX Congresso Nacional de Educação, III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia*.
- Barbosa, Fernando (2012). *Reincidência Criminal*. Porto: Livpsic
- Born, Michaels (2005). *Psicologia da delinquência*. Lisboa: Climepsi editores
- Besag, V. (1989). *Bullies and Victims in Schools*. Milton Keynes: Open University Press.
- Carvalhosa, S. F., Moleiro, C. & Sales C. (2009). *Violence in Portuguese Schools, National Report*. *International Journal of Violence and School*, 9, 57-76.
- Carvalhosa, Susana et al. (2001). *Bullying – A provocação/vitimação entre pares no contexto escolar português*.
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v19n4/v19n4a04.pdf> Consultado em 02/10/2013.

- Catini, N. (2004). *Problematizando o bullying para a realidade brasileira*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
- Costa, P., & Pereira, B. (2010). Actas do I Seminário Internacional: "*Contributos da Psicologia em Contextos Educativos*". Braga: CIED - Universidade do Minho.
- Coloroso, B. (2003). *The Bully, the Bullied, and the Bystander: from preschool to high school – how parents and teachers can help break the cycle of violence*. New York: Library of Congress.
- Craig, W., Pepler, D., & Blais, J. (2007). *Responding to Bullying: What Works?* *School Psychology International*, 28 (4), 465-477.
- Craig, W. M., & Harel, Y. (2004). *Bullying, physical fighting and victimization*. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, et al. (Eds.) *Young people's health in context: International report from the HBSC 2001/02 survey*. WHO policy series: Health policy for children and adolescents (pp. 133- 144). Denmark, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Crick, N. R., & Bigbee, M. A. (1998). *Relational and overt forms of peer victimization: A multiinformant approach*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 337-347.
- DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2007). *TDHA nas Escolas - Estratégias de Avaliação e Intervenção*. São Paulo: M. Books do Brasil.
- Ens, R., Souza, F. B. F., & Nogueira, Y. P. A. (2010). *Não sei! O que e como fazer...a vítima de bullying nas representações de alunos da escola básica*. IX Congresso Nacional de Educação e III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia PUCPR (pp. 9583-9588). Curitiba.
- Espinheira, F., & Jóluskin, G. (2009). *Violência e bullying na escola: um estudo exploratório no 5º ano de escolaridade*. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6, 106-115.

- Fante, C. (2005). *Fenómeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para paz* (2.^a ed.). Campinas: Verus.
- Farrington, D. & Ttofi, M. (2009). *How to Reduce School Bullying*. Victims and Offenders, 4, 321-326.
- Felix, E., & Green, J. (2010). *Popular girls and brawny boys – The role of gender in bullying and victimization experiences*. In S. Jimerson, S. Swearer, & D. Espelage (Eds.), *Handbook of Bullying in Schools – An International Perspective*. New York: Routledge.
- Farré e J. Narbona (2010). EDAH — *Escala para a Avaliação do Défice de Atenção com Hiperatividade*. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26n3/a04v26n3.pdf>. Consultado em 10/10/2015
- Ferreira, V. (2006). *Educação Física – Interdisciplinaridade, aprendizagem e inclusão*. Rio de Janeiro: Sprint.
- Ferreira, Elisabete (2006). *Bullying em contexto escolar*. <http://ufpbdigital.ufpb.pt/dspace/bitstream/10284/1009/1/9649.pdf> Consultado em 05/11/2013
- Fonseca, A. (1998). *Problemas de atenção e hiperatividade na criança e no adolescente: Questões e perspectivas actuais*. *Psychologica*, 19, 7-41.
- Fonseca, I. & Veiga, F. (2007). *Violência escolar e bullying em países europeus*. In M. Barca, A. Peralbo, B. Porto, D. Silva & L. Almeida (Eds.), *Livro de Actas do IX Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Coruna: Universidade da Coruna.
- Freire, I., Simão, A. V., & Ferreira, A. (2006). *O estudo da violência entre pares no 3º ciclo do ensino básico - um questionário aferido para a população escolar portuguesa*. *Revista Portuguesa de Educação*, 19(2), 157-183.
- Frick, L. T. (2011). *As relações entre os conflitos interpessoais e o bullying: um estudo nos anos iniciais do ensino fundamental de duas escolas públicas*. Dissertação de Pós-Graduação. Universidade Estadual Paulista.

- Frick, P.J., Stickle, T.R., Dandreaux, D.M., Farrell, J.M., & Kimonis, E.R. (2005). *Callous-Unemotional traits in predicting the severity and stability of conduct problems and delinquency*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(4), 471-487.
- Furlong, M., Sharkey, J., Felix, E., Tanigawa, D. & Green, J. (2010). *Bullying Assessment*. In S. Jimerson, S. Swearer & D. Espelage (Ed.), *Handbook of Bullying in Schools: An International Perspective*. New York: Routledge.
- Garcia, L. M. (1999). *Inclusão e N. E. E*. Porto Editora. Porto.
- García I. (2001). *Hiperactividade: Prevenção, avaliação e tratamento na infância*. Amadora: Editora McGraw-Hill.
- Holmberg K, Hjern A. (2008) *Bullying and attention-deficit- hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community*. *Dev Med Child Neurol*. 50:134-8. 52.
- Montes G, Halterman JS. (2007) *Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: a population- based study*. *Ambul Pediatr*.;7:253-7.
- Holt, M.K. & Espelage, D.,L. (2007). *Perceived social support among bullies, victims and bully-victims*. *Journal Youth Adolescent*, 36, 984-994.
- Hofvander, B., Ståhlberg, O., Nydén, A., Wentz, E., degl'Innocenti, A., Billstedt, E., Forsman, A., Gillberg, Ch., Nilsson, T., Rastam, M. & Anckarsätera, H. (2011). *Life History of Aggression scores are predicted by childhood hyperactivity, conduct disorder, adult substance abuse, and low cooperativeness in adult psychiatric patients*. *Psychiatry Research*, 185 (1-2), 280-285.
- Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (Eds.). (2008). *Mental health in youth and education. Consensus paper*. Luxemburgh: European Communities.
- Kim, Y., Levanthal, B., Koh, Y., Hubbard, A., & Boyce, T. (2006). *School Bullying and Youth Violence. Causes or Consequences of Psychopathologic Behavior?* *Arch Gen Psychiatry*, 63, 1035-1041.

- Kos, J. M., Richdale, A. L., & Hay, D. A. (2006). *Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and their Teachers: A review of the literature*. International Journal of Disability, Development and Education, 53, pp. 147–160.
- Kokkinos C. M., Panayiotou G. (2004). *Predicting bullying and victimization among early adolescents: Associations with disruptive behavior disorders*. Aggressive Behavior 30:520-533.
- Kumpulainen, K. (2008). *Psychiatric conditions associated with bullying*. International Journal of Adolescent Medicine and Health, 20 (2), 121-132.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., & Puura, K. (2001). *Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying*. Aggressive Behavior, 27, 102-110.
- Lago, A., Massa, J.L., & Piedra, R. (2006). *Crianças contra crianças: o bullying, uma perturbação emergente*. Revista de Pediatria, 64 (2), 101-104.
- Laranjeira, J., Bartolo, M.S, & Almeida, A. (2001). *O contributo dos estudos etológicos na prevenção dos maus tratos no contexto escolar*. Livro do XI Colóquio da Secção Portuguesa da AFIRSE. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Lines, D. (2008). *The Bullies - Understanding bullies and bullying*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D. A. (2009). *Development and Etiology of Disruptive and Delinquent Behavior*. Annual Review of Clinical Psychology 5, 291–310.
- Lopes, J. A. (1998). *Distúrbio Hiperactivo de Défice de Atenção em Contexto Sala de Aula*. Instituto de Educação e Psicologia, Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Braga
- Lopes, J.A. (2004). *A Hiperactividade*. Edições Quarteto. Coimbra, Portugal.

- Lopes Neto, A. A. (2005). *Bullying - comportamento agressivo entre estudantes*. *Jornal de Pediatria*, 164-172.
- Lourenço, L. M., Pereira, B., Paiva, D. P., & Gebara, C. (2009). *A gestão educacional e o bullying: um estudo em escolas portuguesas*. *Interacções*, 13, 208-228.
- Martins, M. J. (2005). *O problema da violência escolar: uma clarificação e diferenciação de vários conceitos relacionados*. *Revista Portuguesa de Educação*, 18 (1), pp. 93-105.
- Martins, M. J. (2007). *Violência interpessoal e maus-tratos entre pares em contexto escolar*. *Revista da Educação*, 15 (2), 51-78.
- Martins, M. J. (2009). *Maus-tratos entre Adolescentes na Escola*. Lisboa. Editorial novembro.
- Martins Eloisa (2004). *Metodologia qualitativa de pesquisa*. <http://www.scielo.br/pdf/ep/v30n2/v30n2a07.pdf>
- Martins, Maria (...). *Agressão e vitimização entre adolescentes* Tese doutoral de Maria José D. Martins. <https://elearning.ufp.pt/access/content/attachment/2dd7a642-6d55-428e-ad14-94cf038dc020/C%20-%20Mensagens/3692eb5e-149b-441e-9aac-6de4403c72fd/Tesis%20Doctoral%20-%20Maria%20Jos%C3%A9%20Martins.pdf> Consultado em 05/11/2013
- Marques, Floripes (2009). *Vinculação e Bullying: Estudo comparativo de crianças e adolescentes institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado de Floripes Jesus Almeida Marques, apresentada à Universidade Fernando Pessoa. http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1376/2/dm_floripesmarques.pdf Consultado em 05/11/2013
- Matos, M., & Gonçalves, S. (2009). *Bullying nas escolas: comportamentos e percepções*. *Psicologia, saúde & doenças*, 10 (1), 3-15.
- Middleton-Moz, J., & Zawadski, M. L. (2007). *Bullying: estratégias de sobrevivência para crianças e adultos*. Porto Alegre, RS: Editora Artmed.

- Neto, A. L. (2005). *Diga não para o bullying. Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro, Abrapia.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School. What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Olweus, D. (1999). Sweden. In P. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee (Eds.), *The Nature of School Bullying. A cross-national perspective* (pp. 157-173). London: Routledge.
- Olweus, D. (2006). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Traduzido por Roc Filella. Madrid: Morata.
- Parker, H. C. (1996). *“The ADD hyperactivity Handbook for School”*. Specialty Press. Florida, USA.
- Parker, H. C. (2003). *Desordem por déficit de atenção e hiperatividade. Um guia para pais, educadores e professores*. Porto Editora, Porto.
- Pellegrini, A.D., & Bartini, M. (2001). *Dominance in early adolescent boys: Affiliative and aggressive dimensions and possible functions*. *Merrill-Palmer Quarterly*, 47, 142-163.
- Pereira, B. O. (2001). *A violência na escola – formas de prevenção*. In Pereira. B., & Pinto A. P. *A escola e a criança em risco. Intervir para prevenir*. Lisboa: Edições Asa, pp. 17-30.
- Pereira, B. O. (2002). *O poder da escola na prevenção da violência entre pares*. Estrela, Albano, & Ferreira, J. *Indiscipline et Violence à l’Ecole*. Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 149-158.
- Pereira, B. O. (2006). *Prevenção da violência em contexto escolar: Diagnóstico e programa de intervenção*. In J. Clemente de Souza Neto & M. Letícia B. P. Nascimento (Eds.), *Violência, Instituições e Políticas Públicas* (pp. 43-51). São Paulo: Expressão e Arte Editora.

- Pereira, B.O. (2008). *Para uma escola sem violência: estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças*, (2.^a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pereira, B.O., Mendonça, D., Neto, C., Valente, L., & Smith, P. (2004). *Bullying in Portuguese Schools*. *School Psychology International*, 25 (2), 241-253.
- Pereira, B. O., Palma, M., & Nídio, A. (2009). *Os jogos tradicionais infantis: o papel do brinquedo na construção do jogo*. In Condessa, I. C. *Reaprender a brincar, da especificidade à diversidade*. Ed. Universidade dos Açores, Portugal, pp. 103-114.
- Pianta, C., Barnett, W., Burchinal, M. & Thornburg, K. (2009). *The effects of preschool education: what we know, how public policy is or is not aligned with the evidence base, and what we need to know*. *Psychological Science in the Public Interest*, 10 (2), 49 – 88.
- Piedra, R., Lago, A., & Massa, J. (2006). *Crianças contra Crianças: O bullying, uma perturbação emergente*. *An Pediatr (ed. Port.)*, 1(2), 101-104.
- Pinto, M. (2008). *Hiperactividade/Défice de Atenção*. Comunicação das Jornadas da Saúde da Mulher e da Criança. Clínica Gerações. Portugal.
- Pinheiro, Rui (2013). *Bullying como fenómeno de delinquência*. http://apcriminologia.com/images/noticias/rui_pinheiro_art.pdf Consultado em 02/10/2013
- Ravens-Sieberer, U., Kökönyei, G., & Thomas, C. (2004). *Young people's health in context*. *Health Behavior in School-aged Children (HBSC)* In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte. *Health Policy for Children and Adolescents*, Vol. 4, 184-195.
- Ramalho, J. (2009). *Psicologia e Psicopatologia da Atenção*. Edições APPACDM. Braga, Portugal.
- Rigby, K. (2007). *Bullying in schools and what to do about it*. Victoria: Acer Press.

- Rodrigues, A. N. (2005). *Hiperactividade e Défice de Atenção, Compreender e intervir na Escola e na Família*. Cadin. Cascais.
- Rodrigues, A. (2008). *Intervenção Multimodal da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção*. *Diversidades*, 6 (21), pp. 9-12.
- Rodriguez, N.E. (2007). *Bullyng: Guerra nas escolas*. Lisboa: Sinais de Fogo.
- Rodríguez, Nora. *Guerra en las aulas: como tratar a los chicos violentos y a los que sufren sus abusos*. De los 4 a los 16 años. Madrid: España: Ediciones Temas de Hoy, 2004.
- Rosa, A.J.R.M. (2010). *A multimédia na prevenção do bullying*. Relatório Final do Mestrado em Ensino de Artes Visuais 3ºciclo e Secundário. Aveiro: Universidade de Aveiro – Departamento de Educação.
- Ross, S. & Horner, R. (2009). *Bully Prevention in Positive Behavior Support*. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42 (4), 747-759.
- Salmivalli, C. (2010). *Bullying and the peer group: A review*. *Agression and violent behavior*, 15, 112-120.
- Salekin, R., Leistico, A., Neumann, C., DiCicco, T., & Duros, R. (2004). *Psychopathy and comorbidity in a young offender sample: Taking a closer look at psychopathy's potential importance over disruptive behavior disorders*. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 416–27.
- Salgueiro, E. (1996). *Crianças irrequietas: 3 estudos clínico-evolutivos sobre a instabilidade motora na idade escolar*. Lisboa: ISPA
- Santos, L. A. & Cunha, R. C. (2010). *As interfaces do bullying no cotidiano escolar: um estudo no ensino fundamental*. *Revista Multidisciplinar Fap Episteme*, 2(2), 11-18.
- Sapouna, M. (2008). *Bullying in Greek primary and secondary schools*. *School Psychology International*, 29, 199-213.

- Scheithauer, H., Hayer, T., Petermann, F., & Juger, G. (2006). *Physical, verbal, and relational forms of bullying among German students: Age trends, gender differences and correlates*. *Aggressive Behavior*, 32, 261-275.
- Schilling, C., Walsh, A., & Yun, I. (2010). *ADHD and criminality: A primer on the genetic, neurobiological, evolutionary, and treatment literature for criminologists*. *Journal of Criminal Justice*, 39 (1), 3-11.
- Seixas, R.S. (2005). *Violência escolar: Metodologias de identificação dos alunos agressores e/ou vítimas*. *Análise Psicológica*, 2(23), 97-110.
- Seixas, S. R. (2006). *Comportamentos de bullying entre pares. Bem-estar e ajustamento escolar*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Seixas, S. R. (2009). *Diferenças de género nos comportamentos de Bullying: contributos da neurobiologia*. *Interacções*, 13, 63-97.
- Sharp, S., & Smith, P. (1994). *Understanding bullying*. In S. Sharp & P. Smith (Eds.), *Tackling Bullying in Your School* (pp.1-6). London: Routledge.
- Sharp, S., Thompson, D., & Arora, T. (2000). *How Long Before It Hurts? School Psychology International*, 21(1), 37-46.
- Smith, P. K. (2002). *Intimidação por colegas e maneiras de evitá-la*. In Debarbieux, E.; Blaya, C. *Violência nas escolas e políticas públicas*. (pp.187-202). Brasília: UNESCO.
- Sourander, A., Jensen, P., Rönning, J., Niemelä, S., Helenius, H., Sillanmäki, L. et al. (2007). *What Is the Early Adulthood Outcome of Boys Who bully or Are Bullied in Childhood? The Finnish —From a Boy to a Man. Study*. *Journal of the American Academy of Pediatrics*, 120 (2), 397-404.
- Still, G. (1902). *Some abnormal psychological conditions in children – Lecture I*. *The Lancet*, 1008-1012.

- Still, G. (1902, 19 de abril). *Some abnormal psychical conditions in children – Lecture II*. The Lancet, 1079-1082.
- Still, G. (1902, 26 de abril). *Some abnormal psychical conditions in children – Lecture III*. The Lancet, 1163-1167.
- Viljoen, J. L., O'Neill, M. L., & Sidhu, A. (2005). *Bullying behaviors in female and male adolescent offenders: Prevalence, types and association with psychosocial adjustments*. Aggressive Behavior, 31, 521-536.
- Wilkinson, L., & Lagendijk, M. (2007). *ADHD in the classroom: Symptoms and treatment*. In M. Fitzgerald, M. Bellgrove & M. Gill (Eds.), Handbook of Attention Hyperactivity Disorder (pp. 395-413). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Zimmerman, F. Glew, G. Christakis, D., & Katon, W. (2005). *Early Cognitive Stimulation, Emotional Support, and Television Watching as Predictors of Subsequent Bullying Among Grade-School Children*. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 159 (4), 384-388.
- Zins, J., Elias, M., & Maher, C. (2007). *Prevention and Intervention in Peer Harassment, Victimization, and Bullying: Theory, Research, and Practice*. In Zins, J., Elias, M. & Maher, C. (Eds.). Bullying, Victimization, and Peer Harassment - A Handbook of Prevention and Intervention (pp. 3-8). New York: The Haworth Press.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO DE EXCLUSÃO SOCIAL E VIOLÊNCIA ESCOLAR

Adaptado de Diaz-Aguado por M. J. D. Martins

Escola: _____

Idade: _____ Género: _____ Nível de escolaridade: _____

A – Em seguida encontrarás uma série de perguntas sobre como te sentes em vários lugares e sobre como te sentes nas relações com os outros. Lê cada um dos itens e pontua-os de 1 a 7, rodeando com um círculo o número correspondente, tendo em conta que o 7 reflecte que te sentes muito bem e que o 1 reflecte que te sentes muito mal. Este questionário é anónimo.

Assinala de 1 a 7 como vais ou como te sentes... 1: Muito mal 7: Muito bem

- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| 1. Em casa | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. Com o teu pai | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. Com a tua mãe | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. Na escola, em geral | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. Na tua turma | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Com os(as) professores(as) | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Com o que aprendes na escola | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Com os teus amigos | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Com os teus colegas..... | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Com os tempos livres | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Contigo mesmo | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Com o teu futuro | 1 2 3 4 5 6 7 |

B – De seguida, encontrarás uma série de perguntas que descrevem algumas situações sofridas por alguns rapazes e raparigas nas relações com os seus colegas e que ocorrem nas escolas. Se já sofreste alguma das situações descritas rodeia com um círculo a resposta que reflete a frequência com que isso aconteceu durante os últimos dois meses, tendo em conta que o 1 equivale a que isso nunca se passou contigo, o 2 que aconteceu contigo algumas vezes, o 3 que aconteceu contigo muitas vezes, e o 4 que te acontece quase sempre.

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Os meus colegas ignoram-me.....	1	2	3	4
14. Os meus colegas impedem-me de participar nas suas atividades	1	2	3	4
15. Os meus colegas falam mal de mim	1	2	3	4
16. Os meus colegas rejeitam-me	1	2	3	4
17. Os meus colegas insultam-me e gozam-me	1	2	3	4
18. Os meus colegas chamam-me nomes que me ofendem e ridicularizam ..	1	2	3	4
19. Os meus colegas escondem-me coisas	1	2	3	4
20. Os meus colegas estragam-me coisas	1	2	3	4
21. Os meus colegas roubam-me coisas	1	2	3	4
22. Os meus colegas batem-me	1	2	3	4
23. Os meus colegas ameaçam-me para me meter medo	1	2	3	4
24. Os meus colegas obrigam-me a fazer coisas que não quero com ameaças (trazer e dar-lhes dinheiro, fazer-lhes tarefas, dar-lhes as minhas coisas).....	1	2	3	4
25. Os meus colegas intimidam-me com frases ou insultos de carácter sexual	1	2	3	4
26. Os meus colegas obrigam-me, através de ameaças, a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a minha vontade.	1	2	3	4
27. Os meus colegas ameaçam-me com armas (facas, bastões...)	1	2	3	4

Se sofreste alguma das situações descritas entre a pergunta 17 e 27, responde às quatro perguntas seguintes:

B 1. Porque achas que acontecem essas situações?

B. 2. Que sentiste nessas situações?

B. 3 Que pensas que sentiram os que te fizeram passar por isso?

B. 4 Que pensas que se poderia fazer para que não acontecessem essas situações?

C – Durante os últimos dois meses participaste alguma vez nas situações que a seguir se descrevem aborrecendo um(a) ou mais colegas na escola?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
28. Ignorei um(a) colega	1	2	3	4
29. Impedi um(a) colega de participar nas minhas atividades	1	2	3	4
30. Falei mal de um(a) colega	1	2	3	4
31. Rejeitei um(a) colegas	1	2	3	4
32. Insultei e/ou gozei um(a) colega	1	2	3	4
33. Chamei nomes que ofendem e ridicularizam a um(a) colega	1	2	3	4
34. Escondi as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
35. Estraguei as coisas de um(a) colega	1	2	3	4
36. Roubei as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
37. Bati em um(a) colega.	1	2	3	4
38. Ameacei um(a) colega, para lhe meter medo	1	2	3	4
39. Obriguei, através de ameaças um(a) colega a fazer coisas que não quer (trazer e dar-me dinheiro, fazer-me tarefas, dar-me as suas coisas	1	2	3	4
40. Intimidei um(a) colega com frases ou insultos de carácter sexual. .	1	2	3	4
41. Obriguei um(a) colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a sua vontade	1	2	3	4
42. Ameacei um(a) colega com armas (facas, bastões...).....	1	2	3	4

Se provocaste alguma das situações descritas entre a pergunta 33 e 42, responde às quatro perguntas seguintes:

C.1. Porque achas que aconteceram essas situações?

C.2. Que sentiste nessas situações?

C.3. Que pensas que sentiram os colegas com quem te meteste?

C.4. Que pensas que se poderia fazer para que não acontecessem essas situações?

D – Durante os últimos dois meses observaste um(a) ou mais colegas nas situações que a seguir se descrevem, sem que nada tenhas feito para as provocar nem para as evitar

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
43. <u>Ignorarem</u> um(a) colega.	1	2	3	4
44. Um(a) colega ser impedido de participar em atividades	1	2	3	4
45. Falarem mal de um(a) colega.	1	2	3	4
46. Rejeitarem um(a) colega	1	2	3	4
47. Insultarem e gozarem um(a) colega.	1	2	3	4
48. Chamarem nomes que ofendem e ridicularizam a um(a) colega.	1	2	3	4
49. Esconderem as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
50. Estragarem as coisas de um(a) colega.	1	2	3	4
51. Roubarem as coisas a um(a) colega.	1	2	3	4
52. Baterem em um(a) colegas.	1	2	3	4
53. Ameaçarem um(a) colega, para lhe meter medo.	1	2	3	4
54. Obrigarem com ameaças um(a) colega a fazer coisas que não quer (trazer e dar dinheiro, fazer tarefas, dar as suas coisas).	1	2	3	4
55. Intimidarem um(a) colega com frases ou insultos de carácter sexual.	1	2	3	4
56. Obrigarem um(a) colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a sua vontade	1	2	3	4
57. Ameaçarem um(a) colega com armas (facas, bastões...)	1	2	3	4

Se observaste alguma das situações descritas entre as perguntas 48 e 57, responde às quatro perguntas seguintes:

D.1. Porque achas que aconteceram essas situações?

D.2. Que sentiste nessa situação?

D.3. Que pensas que sentiram os colegas envolvidos nessa situação?

D.4. Que pensas que se poderia fazer para que não acontecessem essas situações?

E – Quando os problemas anteriormente descritos acontecem contigo ou com algum dos teus ou das tuas colegas, quem são as pessoas que intervêm para ajudar e até que ponto o fazem - ou a quem pedirias ajuda para que interviesse?

	Nunca	Algumas	Muitas	Quase
	vezes	vezes	vezes	sempre
58. Os amigos ou amigas	1	2	3	4
59. Os colegas	1	2	3	4
60. O director de turma	1	2	3	4
61. Os professores	1	2	3	4
62. O conselho directivo	1	2	3	4
63. O meu pai	1	2	3	4
64. A minha mãe	1	2	3	4
65. Outra pessoa	1	2	3	4
Quem? _____				

F - Durante os últimos dois meses, qual tem sido a atitude ou o comportamento dos professores perante os problemas anteriormente referidos?

66. Tentam ativamente prevenir esses problemas	1	2	3	4
67. Nem se dão conta	1	2	3	4
68. Não querem sequer saber, olham para outro lado.....	1	2	3	4
69. Não sabem impedi-los	1	2	3	4
70. Intervêm activamente para resolver esses problemas	1	2	3	4
71. Atuam como mediadores para ajudar-nos a resolver problemas.....	1	2	3	4
72. Podemos contar com um professor(a) quando alguém tenta abusar.....	1	2	3	4

G - Durante os dois últimos meses qual tem sido a tua atitude ou comportamento quando algum dos teus colegas agride ou se mete com algum(a) outro(a) colega?

73. Tento resolver a situação se é um amigo meu	1	2	3	4
74. Tento resolver a situação embora não seja meu amigo	1	2	3	4
75. Peço ajuda a um professor	1	2	3	4
76. Peço ajuda a outra pessoa	1	2	3	4
A quem? _____				
77. Não faço nada, embora pense que deva fazê-lo	1	2	3	4
78. Não faço nada, o problema não é meu	1	2	3	4
79. Meto-me com ele, juntamente com o resto do grupo	1	2	3	4



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

Recebido na Sec.Geral em: _____/_____/_____

Pelo Funcionário: _____

Registo Sec. Fac. nº.: _____

PLANO DE COLHEITA DE DADOS

Exmo[a]. Sr[a]., Diretor[a] de Faculdade, _____

Nome do aluno[a] _____, nº. _____

curso de _____, do _____ ano, no ano letivo _____ / _____

Tema do estudo _____

Objetivos do estudo _____

Método de colheita de dados _____

População-alvo _____

Local[ais] / Serviço[s] de colheita da dados _____

Período de Colheita de Dados: de _____/_____/_____ a _____/_____/_____

DECLARAÇÃO

Declaro que me comprometo a salvaguardar, de acordo com as circunstâncias, os aspetos relacionados com a confidencialidade dos dados colhidos. Comprometo-me ainda a obter consentimento dos intervenientes, para a recolha de dados e a salvaguardar a sua privacidade.

Porto, _____ de _____ de 20 _____.

ASSINATURA



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

Recebido na Sec.Geral em:

____/____/____

Pelo Funcionário:

--

Registo Sec. Fac. nº.:

--

REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS

Exmo.[a]. Sr.[a]., Diretor[a] de Faculdade,

Nome do aluno[a] _____, nº. _____,

curso de _____, do _____ ano,

no ano letivo ____/____, vem solicitar a V. Exa. que seja enviado à (Instituição) _____

_____, o pedido de autorização para proceder à recolha dos dados necessários

à prossecução da investigação referente ao trabalho final intitulado _____

_____, cujo teor consta do Plano de Colheita de Dados, em anexo.

Inclui morada e a pessoa a contactar na instituição

Porto, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DO DOCENTE ORIENTADOR

Eu, _____, declaro considerar conforme Plano de

Colheita de Dados e o[s] instrumento[s] de colheita de dados, em anexo[s].

Porto, _____ de _____ de 20_____.

ASSINATURA



UNIVERSIDADE
FERNANDO PESSOA

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

Este estudo tem por objetivo, analisar a interação dos alunos com a comunidade escolar em toda a sua abrangência.

Eu, abaixo-assinado (nome completo do encarregado de educação):

Responsável pelo participante no projeto (nome completo do aluno):

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel (questionários), serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/____ Assinatura: _____

O Investigador responsável:

Assinatura: _____

“A violência Escolar e a sua relação com as diferentes Psicopatologias”