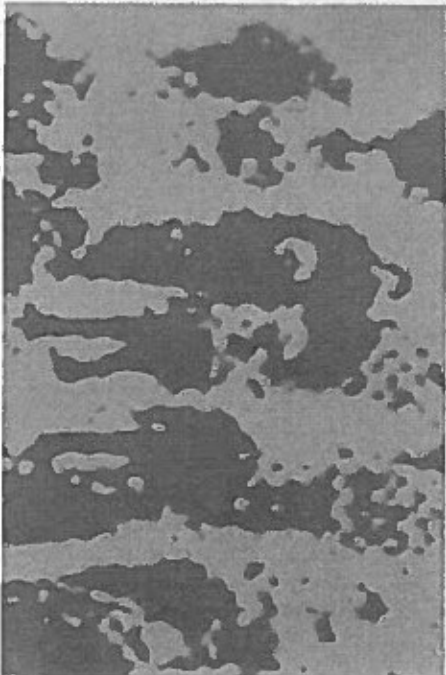




O livro *Transversalidade em Educação e em Saúde* reúne o contributo de especialistas nas áreas da Teoria Curricular, Sistemas de Formação de Professores, Psicologia da Saúde e Sociologia da Saúde, cruzando olhares sobre uma realidade complexa e complexa que é a realidade da formação de profissionais da educação e da saúde. Esses olhares visaram revelar os problemas que se colocam à transversalidade dos saberes em contextos de formação. Os textos que compõem este livro revelam alguma diversidade de quadros teóricos e de metodologias, quer de tipo quantitativo, quer de tipo qualitativo, mas têm todos um ponto em comum: a problemática da transversalidade quer nos sistemas de formação em educação, quer nos sistemas de formação em saúde. Alguns capítulos do livro incluem estudos de natureza empírica sobre o stress e o mal-estar na profissão docente. Outros incluem estudos de natureza descritiva, analítica e ensaística sobre o conceito de transversalidade, sobre a teoria e a gestão curricular e sobre a formação de professores e de profissionais de saúde. As questões de natureza ética e a educação em valores em contextos formais são também objecto de atenção



# TRANSVERSALIDADE EM EDUCAÇÃO E EM SAÚDE

Gracinda Hamido, Helena Luís,  
Maria do Céu Roldão e Ramiro Marques  
(organizadores)



SÓNIA RAQUEL SEIXAS

ES/MS

**AGRESSIVIDADE DOS ALÚNOS E  
COMPORTAMENTOS DE SAÚDE: DOIS  
FENÓMENOS TRANSVERSAIS EM EDUCAÇÃO**

## Introdução

No âmbito da transversalidade em educação, ao debruçarmos-nos particularmente em domínios relacionados com a saúde e bem-estar, é fundamentalmente percebermos a saúde como um domínio do ser humano pluriacetado, afastando-nos de uma visão tradicional linear, com ênfase exclusiva na saúde física, e aproximando-nos de uma concepção de saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social" (Ogden, 1999). Assim sendo, a saúde física (vivência física, corporal, de sintomas de incómodo, mal-estar ou dor) e a saúde mental (sentimentos de bem-estar, capacidade de estabelecer relações, vínculos afetivos com os outros, adequados e harmoniosos, tolerar a frustração, adaptar-se a situações sociais...) assumem-se como duas subáreas a considerar no domínio da saúde dos sujeitos.

Partindo do pressuposto que uma parte significativa da nossa adaptação e bem-estar psicossocial (vista como um indicador de saúde mental) se relaciona com os diversos ambientes onde nos situamos, a vivência em contexto escolar assume-se como um dos ambientes de extrema importância quando nos preocupamos com a saúde dos jovens.

Seguindo esta linha de raciocínio, podemos assumir que as questões relacionadas com a agressividade em meio escolar sejam entendidas como um indicador de menor bem-estar, uma forma desajustada e inadequada de relação com os outros. A agressividade entre alunos põe fundamentalmente em evidência o mal-estar psicológico das crianças agressoras, como se não fossem capazes de encontrar outra forma para aliviar o seu estado de tensão (Buentia, 1996, citado por Ramírez, 2001). Ocorre, na grande maioria dos casos, como resultado de um sistema de disposições, motivações, atribuições e condutas que utilizam a violência como recurso.

Quando a agressividade surge claramente associada a outros comportamentos de saúde (sejam eles de risco ou promotores de saúde), as implicações a nível educativo tornam-se ainda mais evidentes.

A agressão entre alunos, um comportamento observado com alguma frequência nas nossas escolas (Carvalho, 1995; Vale e Costa, 1998; Veiga, 2000; Carvalhosa et al., 2001), tem vindo a assumir especial relevância. Encontramos o seu eco nas inúmeras notícias (televisivas ou jornalísticas) que relatam não só episódios de violência nas escolas, como também manifestam o desconforto decorrente e a crescente preocupação com a identificação das suas causas e/ou factores associados.

Obviamente, qualquer tentativa de análise do fenómeno da agressividade em contexto escolar implica um conhecimento aprofundado de todas as implicações predisponentes e/ou decorrentes a ele associadas. Importa descrever o que compõe o problema, o que o causa, influencia ou de algum modo o mantém, quais os intervenientes implicados e de que forma.

A complexidade dos factores associados a este fenómeno é corroborada por diversos autores, consoante seleccionam e se debruçam sobre diferentes domínios cuja associação à violência/agressividade na escola se tem vindo a demonstrar:

De entre inúmeros factores associados aos comportamentos agressivos, as questões relacionadas com a saúde têm sido objecto de estudo pelas repercussões (seja como factor causal, correlacional ou consequente) que produzem na vivência pessoal dos alunos e, consequentemente, no clima social da turma e da escola. As inúmeras investigações nesta área, conduzidas em diversos países, têm tentado identificar um determinado perfil de saúde associado a alunos envolvidos em episódios de violência.

### **Agressividade em contexto escolar**

O problema da agressividade entre os alunos tem sido estudado tendo por base a perspectiva geral da violência escolar. No genérico, a violência escolar é entendida como um fenómeno abrangente e alargado que remete para domínios diversificados, desde comportamentos anti-sociais, delinquência, vandalismo, comportamentos de oposição, entre outros (Vale e Costa, 1998).

Os limites estabelecidos entre estes conceitos nem sempre são claros, pelo que se impõe uma clarificação e caracterização do fenómeno ou domínio que pretendemos aqui abordar. Ao preocuparmo-nos com a agressividade em contexto escolar, podendo a mesma assumir diferentes manifestações, a nossa atenção recai sobre a relação entre pares.

Olhando para a literatura que se debruça sobre a violência nas escolas, privilegiando o relacionamento entre pares, sobressai a predominância do fenómeno "bullying" como objecto de estudo (Berthold e Hoover, 2000; Mynard e Joseph, 2000; Salmon *et al.*, 2000; Schwartz *et al.*, 2001; Sharp *et al.*, 2000; Wolfe *et al.*, 2001; Bond *et al.*, 2001; Endresen e Olweus, 2001; Espelage *et al.*, 2001; Kumpulainen *et al.*, 2001; Nansel *et al.*, 2001; Price e Jones, 2001; Shields e Cicchetti, 2001; Smith *et al.*, 2001). O fenómeno *bullying*, conhecido internacionalmente, reporta-se à conduta agressiva que ocorre entre os alunos, usualmente uma actividade encoberta que se costuma manifestar na ausência dos adultos.

### **"BULLYING" — CARACTERIZAÇÃO CONCEPTUAL**

Sendo facilmente alcançável uma definição e caracterização relativamente homogénea e unânime do fenómeno *bullying*, o mesmo não se aplica quanto à sua tradução. O genérico dos autores, de diferentes nacionalidades, que têm levado a cabo investigações nos seus países de origem, têm optado pela manutenção do

termo original nas suas publicações. Em Portugal, algumas traduções têm sido sugeridas, nomeadamente "implicar com as pessoas" (Vale e Costa, 1998: 13), "agressão em contexto escolar" (Veiga, 2000: 122), "coacção" (Marchand, 2001), "provocação" (Matos e Carvalho, 2001: 3), e "intimidação" (Carvalho *et al.*, 2001: 523); contudo, verifica-se igualmente a tendência para, após clarificado o seu significado, a utilização do termo original.

O fenómeno *bullying* reporta-se a situações de mau trato, físico ou psicológico, entre os pares (Branwhite, 1994; Forero *et al.*, 1999; Pellegrini *et al.*, 1999), de carácter repetitivo e sistemático (Forero *et al.*, 1999; Pellegrini *et al.*, 1999; Berthold e Hoover, 2000; Sharp *et al.*, 2000), sendo que, geralmente, as vítimas são mais fracas ou mais novas do que os agressores (Branwhite, 1994; Vale e Costa, 1998; Forero *et al.*, 1999; Pellegrini *et al.*, 1999; Berthold e Hoover, 2000). Trata-se de acções negativas intencionalmente infligidas a terceiros com o intuito de magoar ou causar desconforto, podendo as mesmas ser de natureza directa ou indirecta, verbais, físicas, de manipulação social ou de ataques à propriedade (Borg, 1998; Mynard e Joseph, 2000), nomeadamente:

- troçar ou gozar alguém de forma incómoda, chamar nomes ofensivos, ser sarcástico, espalhar rumores;
- ameaçar com expressões faciais ameaçadoras, gestos provocadores e/ou obscenos;
- beliscar, empurrar, bater, morder, dar pontapés;
- impedir/obstruir a passagem, ignorar, excluir, pôr de parte deliberadamente;
- furtar, extorquir, destruir objectos.

### **"BULLYING" — QUE RELAÇÃO COM INDICADORES DE SAÚDE?**

Um número considerável de jovens que manifestam comportamentos agressivos evidencia também comportamentos de risco para a saúde (Forero *et al.*, 1999; Rigby, 1999; Berenson *et al.*, 2001), com particular incidência de sintomas psicossomáticos e desordens do foro psiquiátrico (Slee, 1994; Borg, 1998; Craig, 1998; Salmon *et al.*, 1998; Kaltiala-Heino *et al.*, 1999; West e Salmon, 2000; Bond *et al.*, 2001; Karim-Narvig *et al.*, 2001; Kumpulainen *et al.*, 2001), o que denota uma certa fragilidade psicológica que parece subjacente à personalidade destes alunos.

Com base nos resultados obtidos pela generalidade dos autores aqui referidos, alunos que, sistematicamente, vivenciam situações de *bullying* encontram-se em elevado risco de manifestarem índices inferiores de saúde mental e/ou física, sendo o *bullying* considerado uma importante causa de stress, de problemas físicos e emocionais e de dificuldades de ajustamento psicossocial.

Os agressores, nomeadamente, encontram-se em risco de desenvolverem na adolescência comportamentos delinquentes e níveis significativos de criminalidade

(Kurtz et Hoover, 2000; Lopes, 2001) bem como comportamentos prejudiciais à sua saúde tais como o consumo de substâncias como o álcool, tabaco ou drogas ilegais (Foreiro *et al.*, 1999; Matos e Carvalho, 2001; Veiga, 2000). São ainda referidos por outros autores sintomas psicossomáticos (Williams *et al.*, 1996; Kumpulainen *et al.*, 1998; Rigby, 1998; Foreiro *et al.*, 1999; Matos e Carvalho, 2001; Wolke *et al.*, 2001), bem como o risco de suicídio (Kaltiala-Heino *et al.*, 1999).

Partindo-se do princípio que a manifestação comportamental agressiva em contexto escolar possa reflectir uma menor adaptação a nível psicológico e escolar, procurou-se, no presente trabalho, conhecer a relação entre o comportamento agressivo (alunos mais agressivos e menos agressivos) e alguns comportamentos de saúde. No estabelecimento destas relações, não procuramos nem apontar as causas que explicam a agressividade em contexto escolar nem as suas repercussões, procuramos sim a identificação de alguns factores/variáveis, no domínio da saúde, que se encontrem a ela associados.

## Metodologia

### Sujeitos

A nossa população acessível, neste caso limitada a uma região, restringe-se a todos os alunos do 3.º ciclo que frequentem um estabelecimento de ensino público na área da Grande Lisboa.

Recorreu-se a um método de amostragem probabilística — neste caso, a amostragem em cachos. Numa primeira fase, procedeu-se à amostragem aleatória dos concelhos periféricos de Lisboa, tendo sido seleccionados os concelhos de Lisboa, Amadora, Sintra, Odivelas e Loures.

Numa segunda fase, foi estabelecido o número de escolas a seleccionar, proporcionalmente ao número de escolas total de cada concelho que integrem simultaneamente os 2.º e 3.º ciclos, tendo por base a listagem de todas as escolas do país, fornecida pela Direcção-Geral da Administração Educativa (2002). Foram escolhidas aleatoriamente 11 escolas de um total de 71.

Numa terceira fase, a amostragem aleatória das turmas, tendo sido por cada escola seleccionadas três (uma de 7.º, 8.º e 9.º anos, respectivamente), num total de 33 turmas. A nossa amostra constituiu-se assim com um total de 680 alunos (quadro 1).

Quadro 1  
Processo de amostragem

Concelhos	N escolas	N escolas	Turmas 7.º ano	Turmas 8.º ano	Turmas 9.º ano	Número sujeitos
Lisboa	24	4	4	4	4	220
Amadora	8	1	1	1	1	77
Sintra	18	3	3	3	3	190
Odivelas	8	1	1	1	1	57
Loures	13	2	2	2	2	136
Totais	71	11	11	11	11	680

Relativamente à caracterização dos sujeitos, 46,3% são do sexo masculino e 53,7% do sexo feminino, dividindo-se de forma aproximadamente semelhante pelos três anos de escolaridade seleccionados (35,3% no 7.º ano; 34,6% no 8.º ano e 30,1% no 9.º ano). As idades oscilam entre os 12 e 17 anos, com apenas oito sujeitos com idade superior a 17 anos.

### Instrumentos

#### Questionário "Comportamentos de saúde em jovens em idade escolar" (HBSC)

Este questionário de autopreenchimento, retirado da investigação dirigida pela Organização Mundial de Saúde, feita de quatro em quatro anos, e intitulado "Health Behavior in School Aged Children Survey" (HBSC), debruça-se sobre a vida quotidiana e a saúde de jovens estudantes com idades compreendidas entre os 11 e 16 anos. Como parceiros dessa investigação, Portugal realizou um estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (Matos e equipa do Projecto Aventura Social e Saúde 2003), onde o referido questionário foi traduzido e adaptado à população portuguesa.

O referido questionário considera a saúde dos adolescentes num contexto mais alargado tendo em conta o bem-estar físico, emocional e social, como defende a OMS. Trata-se fundamentalmente de um questionário epidemiológico que aborda temas diversos tais como a alimentação, o consumo de substâncias (como o álcool, o tabaco e as drogas ilegais), o corpo e a saúde (sintomas de depressão, sintomas físicos e psicológicos e percepção do corpo), relações com o meio (composição do agregado familiar e qualidade das relações estabelecidas entre os seus membros), escola (relação com colegas, com professores e violência escolar), o desporto, a televisão e os jogos electrónicos. Deste modo, aborda tanto os comportamentos e processos protectores como os comportamentos e processos ligados ao risco para a saúde.

A presente escala (tipo Likert) assume a forma de um questionário onde se encontram de forma detalhada e estandarizada os problemas psicológicos de crianças entre os 4 e 18 anos, permitindo uma avaliação dos seus problemas sociais e emocionais. É composta por duas partes, 20 itens relativos à competência social e 120 itens relativos a problemas comportamentais e emocionais.

Para o presente estudo foram apenas utilizados os 25 itens relativos ao comportamento agressivo, o que nos permitiu dividir a nossa amostra em sujeitos menos agressivos (n= 370) e sujeitos mais agressivos (n= 308).

### Resultados

Foram seleccionados, do questionário HBSC, três grandes domínios de saúde onde se pretendeu verificar a associação entre o comportamento agressivo dos alunos (menos agressivos e mais agressivos) e alguns comportamentos de saúde, ao nível do consumo de substâncias, saúde mental (depressão e sintomas físicos e psicológicos) e factores protectores (quadro 2).

#### Consumo de substâncias

Ao nível do tabaco, observa-se uma relação significativa entre as variáveis, sendo que os alunos mais agressivos manifestam mais frequentemente o facto de já terem fumado do que os alunos menos agressivos ( $\chi^2= 16,15$ ;  $p= 0,00$ ). Quanto ao consumo de álcool, verifica-se de igual modo uma relação significativa na mesma direcção, o contacto com o consumo de álcool ("já alguma vez bebeste álcool?") é superior nos alunos mais agressivos ( $\chi^2= 17,81$ ;  $p= 0,00$ ), com particular relevância no caso da cerveja ( $\chi^2= 13,86$ ;  $p= 0,00$ ), liciores ( $\chi^2= 43,20$ ;  $p= 0,00$ ) e sumos com álcool ( $\chi^2= 15,45$ ;  $p= 0,00$ ). Em consonância, são os alunos mais agressivos que referem ter estado embriagados mais vezes do que os alunos menos agressivos ( $\chi^2= 13,41$ ;  $p= 0,00$ ).

Relativamente ao consumo de drogas ilegais, apresenta-se significativamente superior nos alunos mais agressivos apenas em relação à ervahaxixe ( $\chi^2= 13,45$ ;  $p= 0,00$ ), sem diferenças significativas nas outras drogas enunciadas. Relativamente à intenção de consumir qualquer um desses produtos, em caso de oferta, as diferenças significativas surgem novamente no sentido de os alunos mais agressivos manifestarem uma maior intenção de aceitar tanto o consumo de ervahaxixe ( $\chi^2= 12,12$ ;  $p= 0,00$ ) como o de *ecstasy* ( $\chi^2= 7,90$ ;  $p= 0,04$ ).

As razões escolhidas por ambos os grupos, relativamente ao facto de as pessoas consumirem drogas, não apresentam diferenças significativas, tendo, inclusive,

Quadro 2  
Domínios do questionário HBSC

Domínio	Itens
Consumo de substâncias	Já fumaste tabaco alguma vez? Já bebeste álcool? Frequência do consumo (cerveja, vinho, liciores, sumos com álcool) Já ficaste embriagado? Já tomaste algum destes produtos? (erva, <i>ecstasy</i> , estimulantes, heroína, medicamentos para se drogar, cocaína, cola, LSD) Se te oferecessem um desses produtos, aceitarias? (erva, <i>ecstasy</i> , estimulantes, heroína, medicamentos para se drogar, cocaína, cola, LSD) As pessoas consomem drogas porque...
Depressão	Solidão Felicidade Depressão Posto de lado / rejeitado Fraco / incapaz Autoconflança
Sintomas físicos e psicológicos	Dores de cabeça Dores de estômago Dores nas costas Irritabilidade / mau humor Nervosismo Dificuldade em adormecer Tonturas
Factores protectores	Como achas a tua aparência física? Gostarias de alterar o corpo? Corpo ideal (percepção do corpo) Achas-te saudável? Frequência de exercício físico fora da escola Horas de exercício físico fora da escola Desporto de equipa fora da escola Tipos de actividades desportivas

percentagens de escolha muito próximas quanto ao grau de importância de cada motivo. Salientam-se, em primeiro lugar, os motivos relacionados com o grupo de pares ("porque os amigos também tomam"), seguidamente da vontade de experimentar

## Depressão

Os itens relativos ao sentir-se deprimido, rejeitado, fraco, feliz e autoconfiante não apresentaram uma relação significativa com os dois grupos da amostra, alunos mais agressivos e alunos menos agressivos. Contudo, em resposta à questão "Sentes-te só?", a relação estabelecida entre as variáveis vai no sentido de os alunos menos agressivos sentirem-se mais vezes sós do que os alunos mais agressivos ( $\chi^2=8,40$ ;  $p=0,03$ ).

## Sintomas físicos e psicológicos

No âmbito dos sintomas manifestados pelos alunos, verificámos que a nível físico, apenas as dores de estômago são significativamente superiores no grupo dos alunos mais agressivos ( $\chi^2=12,71$ ;  $p=0,02$ ), não se tendo verificado diferenças significativas nas dores de costas, de cabeça e nas tonturas. Contrariamente, os sintomas psicológicos, como dificuldade em adormecer ( $\chi^2=20,50$ ;  $p=0,00$ ), irritabilidade ( $\chi^2=22,16$ ;  $p=0,00$ ) e nervosismo ( $\chi^2=12,46$ ;  $p=0,01$ ), verificam-se todos em níveis significativamente superiores no grupo de alunos mais agressivos comparativamente ao dos alunos menos agressivos.

## Factores de protecção

Nos itens relacionados com a percepção do corpo não se verificaram diferenças significativas, entre ambos os grupos, à excepção da vontade em mudar algo no corpo, sendo os alunos menos agressivos os que manifestam maior desejo nesse sentido ( $\chi^2=6,57$ ;  $p=0,03$ ).

Quanto à prática desportiva, observam-se diferenças significativas relativamente ao número de vezes que praticam desporto fora da escola ( $\chi^2=21,15$ ;  $p=0,00$ ) bem como ao número de horas semanais que o fazem ( $\chi^2=14,26$ ;  $p=0,01$ ). Neste caso, os alunos menos agressivos alcançam resultados superiores em ambos os itens, referindo praticar mais desporto e mais horas semanais do que os alunos mais agressivos. Relativamente à pertença a um clube ou equipa, os resultados não se mostraram significativos, revelando que os dois grupos não se diferenciam neste aspecto.

Dos doze tipos de actividades desportivas que foram consideradas, apenas se verificaram diferenças ao nível do futebol ( $\chi^2=11,86$ ;  $p=0,00$ ) e do andebol ( $\chi^2=16,43$ ;  $p=0,00$ ), sendo desta vez os alunos mais agressivos os que evidenciam uma actividade semanal superior comparativamente aos alunos menos agressivos.

## Discussão

Na literatura revista tem-se encontrado uma associação entre diferentes domínios de saúde e alunos envolvidos em situações de *bullying*, seja como agressores seja como vítimas. O genérico dos trabalhos aponta para um diferente perfil de saúde consoante os alunos manifestam comportamentos mais agressivos ou mais passivos.

No presente trabalho, os resultados obtidos que salientam uma relação positiva entre os alunos mais agressivos e o consumo de substâncias encontra-se em consonância com outros estudos. Utilizando o mesmo instrumento de avaliação (HBSC), Nansel *et al.* (2001) e Kaltiala-Heino *et al.* (2000), ambos com amostras de alunos a frequentar o 3.º ciclo de escolaridade, identificaram uma correlação positiva entre comportamentos de consumo de álcool e de tabaco e os alunos agressores. De modo semelhante surgem os resultados de Due *et al.* (1999) onde os mais elevados índices de consumo de álcool e tabaco se encontram associados aos alunos agressores. Em Portugal, num estudo levado a cabo por Negreiros (2003) em Matosinhos, com alunos do 7.º ao 11.º ano de escolaridade, foi encontrada novamente uma correlação positiva entre comportamentos agressivos na escola e o consumo de substâncias, nomeadamente o álcool, tabaco e haxixe.

Forero *et al.* (1999), apenas relativamente ao consumo de tabaco, salienta que a frequência do mesmo, sendo superior em alunos que se envolvem em situações de *bullying*, é, no entanto, semelhante seja nos alunos agressivos seja nos alunos vítimas (caracterizados na literatura como não agressivos ou passivos). Igualmente, os dados obtidos por Furlong *et al.* (1997) demonstram que o consumo de substâncias, no 3.º ciclo, se encontra significativamente associado à violência escolar, independentemente do estatuto de envolvimento desses alunos. Partindo do princípio que, na nossa amostra, possam pertencer ao grupo dos alunos menos violentos alunos vitimizadas, estes dados encontram-se apenas parcialmente em concordância com os nossos resultados.

Os resultados observados no genérico das investigações no âmbito da violência escolar suportam a perspectiva de que o envolvimento em situações de *bullying* por si só, independentemente dos alunos enquanto agressores, vítimas ou vítimas agressivas, se encontra associado a índices mais elevados de distúrbios psiquiátricos, entre eles a depressão. Não obstante, alguns estudos são contraditórios nos resultados que obtêm neste domínio.

Relativamente à depressão, a maior parte dos autores não encontra uma correlação positiva entre os alunos agressivos e a manifestação de sintomas de depressão, o que vai ao encontro dos nossos dados. Contudo, tem-se verificado uma relação significativa entre a vitimização recorrente e a manifestação de sintomas de depressão (Neary e Joseph, 1994; Craig, 1998; Bond *et al.*, 2001), tratando-se, neste caso, de alunos não agressivos que, envolvendo-se em situações de *bullying*, assumem o papel de vítimas passivas.

Kaltiala-Heino *et al.* (1999, 2000), num estudo com alunos entre os 14 e 16 anos e utilizando o HBSC, encontram os maiores sintomas de depressão nos alunos vítimas agressivas, que, apesar de se assumirem como alvo de *bullying* (vítimas) na interacção com os pares, manifestam em simultâneo comportamentos reactivos de agressividade, diferenciando-se das vítimas passivas (não agressivas). Dado que, no nosso trabalho, a caracterização dos alunos foi apenas quanto ao grau de agressividade, podemos ter no grupo dos alunos mais agressivos também alunos vítimas-agressivas pela sua vertente reactiva, o que sugere que os referidos dados se encontrem parcialmente em consonância com os nossos resultados. Por outro lado, Salmon *et al.* (1998), numa amostra de alunos entre os 12 e 17 anos, identificaram os alunos agressores como tendo os maiores sintomas de depressão, o que vem contrariar os dados obtidos no presente estudo.

Ao nível dos sentimentos de solidão, têm sido referenciados na literatura como superiores no grupo de alunos vítimas de *bullying* (Boivin *et al.*, 1995; Forero *et al.*, 1999; Nansel *et al.*, 2001). No presente trabalho, os alunos que se sentem mais vezes sós são os menos agressivos; uma vez mais poderemos deduzir que, existindo alunos vitimizadas na nossa amostra, estes se encontram no grupo dos alunos menos agressivos, justificando-se assim os seus sentimentos de solidão significativamente mais elevados.

Ao nível dos sintomas físicos, Forero *et al.* (1999), utilizando o HBSC, encontrou uma incidência significativamente superior de dores de cabeça, dores de estômago, dores de costas e tonturas nos alunos agressores comparativamente aos outros. Na nossa amostra, apenas as dores de estômago se mostraram significativamente superiores nos alunos mais agressivos, não tendo os outros sintomas apresentado diferenças significativas entre os dois grupos. Por seu lado, Karin-Natvig *et al.* (2001) encontraram a manifestação de sintomas psicossomáticos com índices mais elevados nos alunos vitimizadas, nomeadamente dores de cabeça, dores de costas, dores de estômago e tonturas, comparativamente aos alunos agressores.

Os níveis de irritabilidade e nervosismo nos trabalhos de Forero *et al.* (1999) são, uma vez mais, superiores no grupo de alunos agressivos, à semelhança dos resultados observados no presente trabalho. Não obstante, outros autores referem que os níveis de ansiedade se verificam significativamente superiores no grupo de alunos vitimizadas (Craig, 1998; Bond *et al.*, 2001). Estes dados parecem reforçar a perspectiva de Kumpulainen *et al.* (1998) ao defenderem a predominância de comportamentos internalizadores em alunos vítimas de *bullying* (nomeadamente sintomas psicossomáticos como a ansiedade e a solidão) e comportamentos externalizadores (como o consumo de substâncias) no caso dos alunos agressores.

Relativamente à prática desportiva, esta tem sido considerada numa dupla vertente: por um lado, como pertencente a um grupo de factores protectores de saúde (que no nosso trabalho encontra uma diferença significativa relativa à maior

frequência de desporto fora da escola no caso dos alunos menos agressivos); por outro, entendida como um comportamento externalizável, o que justifica, na perspectiva de Kumpulainen *et al.* (1998), os resultados verificados na prática semanal de futebol e andebol significativamente superior no grupo de alunos mais agressivos.

Em conclusão, parece-nos que os resultados obtidos não se distanciam muito dos verificados noutras investigações, ainda que uma caracterização da nossa amostra no sentido de diferenciar não só o grau de agressividade dos alunos como também o seu estatuto de envolvimento em situações de *bullying* (como agressores, vítimas ou vítimas agressivas) pudesse permitir outras comparações. De um modo geral, os níveis de agressividade manifestado pelos alunos parecem estar associados a diferentes comportamentos de saúde, podendo os mesmos ser causa ou consequência dessa mesma agressividade. Perante a dificuldade em estabelecer uma relação causal, poder-nos-íamos questionar se uma pobre saúde (física e mental) convida de algum modo ao envolvimento em situações de *bullying* ou se é desse envolvimento que decorre uma pior saúde. Em qualquer dos casos, todos os autores alertam para as implicações, ao nível da saúde, que se encontram com elevada frequência associadas ao fenómeno da violência escolar.

## Bibliografia

- ACHENBACH, T. (1991). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont.
- BERENSON, A.; WIEMANN, C.; MCCOMBS, S. (2001). Exposure to violence and associated health-risk behaviors among adolescent girls. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155 (11), 1238-1242.
- BERTHOLD, K.; HOOVER, J. (2000). Correlates of bullying and victimization among intermediate students in the Midwestern USA. *School Psychology International*, 21 (1), 65-78.
- BOND, L.; CARLIN, F.; THOMAS, L.; RUBIN, K.; PATTON, G. (2001). Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *British Medical Journal*, 323, 480-484.
- BORG, M. (1998). The emotional reactions of school bullies and their victims. *Educational Psychology*, 18 (4), 433-444.
- BRANWHITE, T. (1994). Bullying and student distress: beneath the tip of the iceberg. *Educational Psychology*, 14 (1), 59-71.

- CARVALHO, A. (1995). *Violência: a família ausente, o jogo esquecido. O Professor*, 47, III Série, 44-48.
- CARVALHOSA, S.; LIMA, L.; MATOS, M. (2001). *Bullying — A provocação/vitimização entre pais no contexto escolar português. Análise psicológica*, 4 (XIX), 523-537.
- CRAIG, W. (1998). The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety, and aggression in elementary school children. *Personality and Individual Differences*, 24 (1), 123-130.
- Direcção-Geral da Administração Educativa (2002). *Lista de Códigos Escolas Básicas dos 2.º e 3.º ciclos e escolas secundárias*. Lisboa: Ministério da Educação.
- DUE, E.; HOLSTEIN, B.; JORGENSEN, P. (1999). Bullying as health hazard among school children. *Ungstr Læger*, 161 (15), 2201-2206.
- ENDRESEN, I.; OLWEUS, D. (2001). Self-reported empathy in Norwegian adolescents: Sex differences, age, trends, and relationship to bullying. In A. C. Bohart & D. J. Stipek (eds.), *Constructive and Destructive Behavior: Implications for family, school, & society* (pp. 147-165). Washington: American Psychological Association.
- ESPELAGE, D.; BOSWORTH, K.; SIMON, T. (2001). Short-term stability na prospective correlates of bullying in middle school students: An examination of potencial demographic, psychosocial, and environmental influences. *Violence and Victims*, 16 (4), 411-426.
- FORERO, R.; MCLELLAN, L.; RISSEL, C.; BAUMAN, A. (1999). Bullying behavior and psychosocial health among school students in New South Wales, Australia: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 319, 344-348.
- FURLONG, M.; CASAS, J.; CORRAL, C.; CHUNG, A.; BATES, M. (1997). Drugs and school violence. *Education and Treatment of Children*, 20 (3), 263-280.
- KALTIALA-HEINO, R.; RIMPELÄ, M.; MARTTUNEN, M.; RANTANEN, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348-351.
- KALTIALA-HEINO, R.; RIMPELÄ, M.; RANTANEN, P.; RIMPELÄ, A. (2000). Bullying at school — an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23 (6), 661-674.
- KARIN-NATVIG, G.; ALBREKTSEN, G.; OVARNSTROM, U. (2001). Psychosomatic symptoms among victims of school bullying. *Journal of Health Psychology*, 6 (4), 365-377.
- KUMPULAINEN, K.; RAESAENEN, E.; PUURA, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 27 (2), 102-110.
- KUMPULAINEN, K.; RAESAENEN, E.; HENTTONEN, I.; ALMOVIST, F.; KRESANOV, K.; LINNA, S.; MOILANEN, I.; PIHA, J.; PUURA, K.; TAMMINEN, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse and Neglect*, 22 (7), 705-717.
- LOPES, I. (2001). *Problemas de comportamento, problemas de aprendizagem, problemas de "ensinagem"*. Coimbra: Quatro.
- MARCHAND, H. (2001, Nov.). *Coacção (bullying) nas escolas. Alguns dados, alguns problemas e algumas pistas de actuação*. Comunicação apresentada no XI Colóquio da secção portuguesa da AFRSE: "Violência e Indisciplina na escola". Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- MATOS, M.; CARVALHOSA, S. (2001). *Violência na escola: vítimas, provocadores e outros*, 2, 1. Faculdade de Motricidade Humana /PEPT — Saúde /CPT da CMLisboa.
- MATOS, M.; Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (Quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH.
- MYNARD, H.; JOSEPH, S. (2000). Development of the multidimensional peer-victimization scale. *Aggressive Behavior*, 26 (2), 169-178.
- NANSEL, T.; OVERPECK, M.; PILLA, R.; RUAN, W.; SIMONS-MORTON, B.; SCHEIDT, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA — Journal of the American Medical Association*, 285 (16), 2094-2100.
- NEARY, A.; JOSEPH, S. (1994). Peer victimization and its relationship to self-concept and depression among schoolgirls. *Personality and Individual Differences*, 16 (1), 183-186.
- NEGREIROS, I. (2003). Relação entre comportamentos agressivos e outros comportamentos desviantes nos jovens: um estudo em meio escolar. In J. M. Correia e M. Matos (orgs.), *Violência e violências da e na escola* (pp. 73-81). Lisboa: Edições Afrontamento/CIE.
- OGDEN, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- PELLEGRINI, A.; BARTINI, M.; BROOKS, F. (1999). School bullies, victims, and aggressive victims: Factores relating to group affiliation and victimization in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 91 (2), 216-224.
- PRICE, S.; JONES, R. (2001). Reflections on anti-bullying peer counselling in a comprehensive school. *Educational Psychology in Practice*, 17 (1), 35-40.
- RAMÍREZ, F. (2001). *Condições agressivas na idade escolar*. Amadora: McGraw-Hill.
- RIGBY, K. (1998). The relationship between reported health and involvement in bully/victim problems among male and female secondary school children. *Journal of Health Psychology*, 3 (4), 465-476.
- SALMON, G.; JAMES, A.; SMITH, D. (1998). Bullying in schools: self reported anxiety, depression, and self esteem in secondary school children. *British Medical Journal*, 317, 924-925.
- SALMON, G.; JAMES, A.; CASSIDY, E.; JAVALOYES, M. (2000). Bullying a review: Presentations to an adolescent psychiatric service and within a school for emotionally and behaviourally disturbed children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 5 (4), 563-579.

- SCHWARTZ, D.; PROCTOR, L.; CHIEN, D. (2001). The aggressive victim of bullying: Emotional and behavioral dysregulation as a pathway to victimization by peers. In L. Juvonen e S. Graham (eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 147-174). New York: The Guilford Press.
- SHARP, S.; THOMPSON, D.; ARORA, T. (2000). How long before it hurts? An investigation into long-term bullying. *School Psychology International*, 21 (1), 37-46.
- SHIELDS, A.; CICCETTI, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (3), 349-363.
- SLEE, P. (1994). Situational and interpersonal correlates of anxiety associated with peer victimisation. *Child Psychiatry Human Development*, 25 (2), 97-107.
- SMITH, P.; SHU, S.; MADSEN, K. (2001). Characteristics of victims of school bullying: developmental changes in coping strategies and skills. In L. Juvonen e S. Graham (eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 332-351). New York: Guilford Press.
- VALE, D.; COSTA, M. (1998). *A violência nas escolas*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- VEIGA, F. (2000). Violência dos jovens nas escolas em função da família. In A. Fontaine (coord.), *Parentia família-escola e desenvolvimento da criança* (pp. 121-142). Porto: Porto Editora.
- WEST, A.; SALMON, G. (2000). Bullying and depression: A case report. *International Journal of Psychiatric in Clinical Practice*, 4 (1), 73-75.
- WILLIAMS, K.; CHAMBERS, M.; LOCAN, S.; ROBINSON, D. (1996). Association of common health symptoms with bullying in primary school children. *British Medical Journal*, 313, 17-19.
- WOLKE, D.; WOODS, S.; BLOOMFIELD, L.; KARSTADT, L. (2001). Bullying involvement in primary school and common health problems. *Archives of Disease in Childhood*, 85, 197-201.