

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

ALANA WYPYSZYNSKI PETROCELI

**PRÁTICA DE *BULLYING* E PREDISPOSIÇÃO DE RESPOSTAS A ESTÍMULOS
EM ADOLESCENTES**

Porto Alegre

2013

ALANA WYPYSZYNSKI PETROCELI

**PRÁTICA DE *BULLYING* E PREDISPOSIÇÃO DE RESPOSTAS A ESTÍMULOS
EM ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Elizeth Heldt

Porto Alegre

2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a minha orientadora Elizeth Heldt, pela paciência, carinho e respeito, assim como por todas as possibilidades de aprendizado e crescimento profissional oportunizadas por ela.

A Graziela Zottis e Nanucha Silva, pela disponibilidade e generosidade em compartilhar seus conhecimentos e experiências.

Aos meus colegas do Grupo de Pesquisa em Transtornos de Conduta na Infância e Adolescência, pela acolhida.

As minhas colegas de graduação, amigas e futuras colegas de profissão, em especial a Jéssica Thiesen e Roberta Rigatti, pela amizade incondicional.

Ao meu irmão Yuri, pela paciência em dividir diariamente o seu espaço comigo.

Aos meus pais Rita e José Luiz, por jamais terem medido esforços ao longo dessa trajetória. Por serem meus maiores incentivadores e tranquilizadores, acreditando nos meus projetos e sendo alicerce para que os mesmos se concretizem.

Ao meu namorado Guilherme, por ser ouvido, ombro e amigo. E por acreditar no meu potencial.

Por fim, agradeço aos alunos, professores, coordenadores e diretores das escolas envolvidas na coleta de dados. Este trabalho só foi possível graças a colaboração e boa vontade de todos.

RESUMO

Bullying define comportamento agressivo com a intenção de ferir e humilhar alguém repetidamente ao longo do tempo e tem preocupado acerca de suas consequências. Considerando a etiologia multifatorial do *bullying*, uma hipótese é que esse comportamento tenha relação com uma predisposição de resposta a estímulo externo, sendo baixa para os agressores ou alta para as vítimas. O objetivo do estudo foi verificar a associação entre a prática de *bullying* e a predisposição de respostas a estímulos externo. Também foi verificada a relação entre as características demográficas e problemas de saúde mental com a prática de *bullying*. Estudo transversal, com alunos matriculados em três escolas da rede pública, com idade entre 11 a 17 anos, de ambos os sexos. Para identificar o comportamento de *bullying* foi utilizado o *Olweus Bully Victim Questionnaire*. A Escala de Predisposição de Resposta a Estímulos (EPRE) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (SDQ-C) foram utilizados para verificar os níveis de resposta a estímulos e os problemas de saúde mental, respectivamente. Foram avaliados 131 alunos, sendo 62(47,3%) do sexo masculino, com média de idade (desvio padrão) de 13,9 (1,88) anos. Em relação à resposta a estímulos, 14(10,7%) apresentaram baixa responsividade e 16(12,2%) alta. Não foi encontrada associação entre as diferentes formas de prática de *bullying* e resposta a estímulos externos, porém, houve associação significativa entre os meninos e baixa responsividade ($p=0,005$), ter menos idade com alta responsividade ($p=0,001$). Também foi encontrada associação significativa entre baixa responsividade e menores escores nos domínios emocional ($p=0,011$) e pró-social ($p=0,002$) avaliados pelo SDQ-C. A correlação entre o *bullying* e os domínios do SDQ foi positiva para problemas de conduta e ser vítima; e negativo para o domínio pró-social e ser agressor. Os resultados sugerem que a predisposição de resposta a estímulos externos foi relacionada a características de sexo e idade, além de dificuldades emocionais e nas relações sociais, mas não com comportamento de *bullying*.

Descritores: *Bullying*. Comportamento. Resposta a estímulos. Saúde Mental.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL	10
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA	11
3.2 <i>BULLYING</i> NO AMBIENTE ESCOLAR	12
3.3 PREDISPOSIÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS DE CONDUTA	14
4. MÉTODOS	17
4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	17
4.2 BANCO DE DADOS E INSTRUMENTOS	17
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	18
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	19
5 RESULTADOS	20
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÕES	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE – Instrumento de coleta de dados	32
ANEXO A – Carta de aprovação pelo CEP / HCPA	34
ANEXO B – <i>Strengths and Difficulties Questionnaire - Child (SDQ-C)</i>	35
ANEXO C – <i>Olweus Bully Victim Questionnaire</i>	36
ANEXO D – Escala de Predisposição de Reposta a Estímulos (EPRE)	38
ANEXO E – Termo de Compromisso para utilização de dados	39

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil consiste de uma sequência ordenada de transformações progressivas e de alto grau de complexidade. Envolve a maturação neurológica, as características de temperamento, a cognição, a aprendizagem e as experiências de situações do ambiente (SALUM et al, 2010). Os problemas de saúde mental são frequentes na infância e adolescência, podendo ser classificados como: externalizantes, que são atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desafio e/ou manifestações antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010); ou internalizantes, que são relacionados a emoções, dentre os quais estão a ansiedade e os transtornos de humor (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011). Estas alterações, em especial as externalizantes, iniciam antes dos 10 anos de idade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Entretanto, muitas vezes, não são reconhecidos como um problema e, conseqüentemente, não são encaminhados para avaliação precocemente (ASSUMPÇÃO JR, 2009).

De acordo com estudo recente com mais de 10.000 adolescentes entre 13 e 17 anos, a prevalência de transtornos mentais no último ano foi alta e os mais frequentes foram os de ansiedade (24,9%), os de comportamento (16,3%), os de humor (10%) e o transtorno de substância (8,3%) (KESSLER et al, 2012). Contudo, estudos mostram que alterações de comportamento podem ser adaptativas ao meio (VOLK et al, 2012) e os critérios para classificar o comportamento como um transtorno mental devem considerar, além do sofrimento pessoal e a intensidade das reações, o impacto no desenvolvimento psicossocial da criança ou adolescente, incluindo informações da família e da escola (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Neste contexto, estudos sobre o *bullying* vêm crescendo. O *bullying* é uma palavra inglesa que define comportamento agressivo com a intenção de ferir e humilhar alguém repetidamente ao longo do tempo (OLWEUS; LIMBER; MIHALIC, 1999). Caracteriza-se por um indivíduo ou grupo mais poderoso que agride outros menos poderosos, de forma física, verbal e/ou psicológica (NANSEL et al, 2001). Nessa relação, o indivíduo pode exercer o papel de agressor (*bully*), vítima (*victim*), agressor-vítima (*bully-victim*) ou neutro (*bystanders*), que são

considerados aqueles que observam sem se envolver na questão (SALMIVALLI et al, 1996).

O *bullying* está frequentemente presente na vida de crianças e adolescentes, porém, a prevalência é variada em diversos países, oscilando entre 19-30% nos Estados Unidos da América (NANSEL et al, 2001). No Brasil, estudo recente realizado no sul do país aponta que 17% dos jovens avaliados já sofreram alguma forma de *bullying* (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

Estudos recentes com crianças apontaram uma relação significativa entre ser agressor e presença de problemas externalizantes (VAUGHN et al, 2010; WEISS et al, 2011), ser vítima e tendência a apresentar problemas internalizantes (LAMB; PEPLER; CRAIG, 2009), e agressores-vítimas apresentando ambos os tipos de problemas (STEIN; DUKES; WARREN, 2007; POLLASTRI; CARDEMIL; O'DONNELL, 2010). Além disto, estudos com adolescentes e adultos encontraram que os agressores apresentam, na idade adulta, maior risco para transtorno de personalidade antissocial, envolvimento com crimes e condenações em relação aos que não praticam *bullying* (WHITE; LOEBER, 2008; CRUZEIRO et al, 2008). Por outro lado, os que são vítimas de *bullying* tendem a apresentar mais depressão, ansiedade e abuso de substâncias na idade adulta (SOURANDER et al, 2007).

No Brasil, há poucos estudos em relação aos fatores associados ao comportamento de *bullying*, mas sabe-se que são multifatoriais (FERRIOLLI et al, 2007). As pesquisas psicofisiológicas têm fornecido dados substanciais que apontam a hiporresponsividade eletrofisiológica como um forte preditor de comportamento antissocial na idade adulta (RAINE; VENABLES; WILLIAMS, 1996; HERPERTZ; SASS, 2000). Estudos com crianças e adolescentes evidenciaram a predisposição psicofisiológica para o desenvolvimento de comportamento antissocial, demonstrando que crianças e adolescentes agressivos têm uma resposta para condicionamento relativamente baixa (GAO et al, 2010a; 2010b).

A esta responsividade eletrofisiológica dá-se o nome de *arousal*, palavra inglesa que traduz resposta à excitação, vigilância e estímulos. O *lowarousal* (baixa responsividade a estímulos) é considerado um estado pouco responsivo que é compensado por procura de novas sensações, riscos e emoções. O

hiperarousal (hiperresponsividade a estímulos externos) são aqueles que têm um comportamento mais evitativo por responderem de maneira excessiva a determinado estímulo aversivo (COREN, 1988; COREN; ASK, 1991).

Para medir o *arousal*, podem ser utilizados testes fisiológicos os quais determinam alterações emocionais significativas, por exemplo, através da eletrocondutância da pele ou resposta eletrodérmica, que é avaliada de acordo com a umidade (suor) cutânea (CONESA, 1995). Entretanto, para a realização destes testes, há a necessidade de recursos especializados (equipamentos, laboratórios e profissionais) e, para isso, há um alto custo. Uma opção menos onerosa para avaliar respostas emocionais e ou fisiológicas de indivíduos é o uso de escalas psicoemocionais, psicofisiológicas e outras.

A escala para mensurar os níveis de *arousal* é a *Arousal Predisposition Scale* – APS (COREN, 1999). Trata-se de uma escala de 12 itens que foi elaborada para mensurar o nível de *arousal* de um indivíduo como uma característica ou predisposição (COREN, 1988; 1999). A APS foi adaptada e validada para o Brasil com o título de Escala de Predisposição de Reposta a Estímulos (EPRE). A consistência interna dos itens foi aceitável para os grupos de pré-adolescentes e adolescentes, com alfa de Cronbach 0,766 e 0,772, respectivamente (FALCHETTI; BOTTAN; HELDT, 2012).

A relação entre *bullying* e *arousal* precisa ser testada. A hipótese é a de que o envolvimento com *bullying*, seja como vítima ou agressor (ou ambos) tenha um padrão de responsividade fisiológica alterado, isto é, os agressores teriam baixa responsividade fisiológica e, portanto, *lowarousal*; enquanto que as vítimas e os agressores/vítimas teriam maior responsividade eletrofisiológica e, assim, *hiperarousal*. Estudo recente encontrou níveis de *arousal* aumentados em adolescentes com o perfil agressor-vítima e níveis reduzidos nos agressores diretos e indiretos (WOODS; WHITE, 2005).

O presente estudo justifica-se por colaborar com a elucidação de padrões comportamentais que envolvam *bullying*, problema tão frequente nas escolas brasileiras. Desta forma, poderá contribuir para a elaboração de estratégias de prevenção de *bullying* e o impacto causado no desenvolvimento dos jovens (FLEITLICH; GOODMAN, 2002).

A motivação para a pesquisa surgiu da experiência como bolsista de Iniciação Científica (IC) e o envolvimento na coleta de dados em escolas para o projeto em andamento sobre o tema *bullying* e *arousal*.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre a prática de *bullying* e a predisposição de respostas a estímulos entre adolescentes de escolas públicas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a associação entre características demográficas, de desempenho escolar e problemas de saúde mental com a prática de *bullying*.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Faz parte do desenvolvimento infantil o processo constante de adaptação as suas próprias transformações biológicas, físicas e psicológicas de forma a entender o seu mundo e se adaptar às adversidades. A maneira com que se dá o desenvolvimento infantil é parte importante para a saúde mental de crianças e adolescentes, pois alterações nesse processo podem resultar em mudanças comportamentais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

Alterações do comportamento podem ser classificadas como: externalizantes, que são atitudes marcadas por hiperatividade, impulsividade, oposição, agressão, desafio e/ou manifestações antissociais (D'ABREU; MARTURANO, 2010) ou internalizantes, que são relacionados a emoções, dentre os quais estão a ansiedade e os transtornos de humor (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO; MARTURANO, 2011).

O comportamento desobediente e destrutivo faz parte do desenvolvimento normal (VOLK et al, 2012), mas tipicamente diminui com a maturidade, devendo-se fazer um diagnóstico somente quando os comportamentos são tanto extremos quanto persistentes (GOODMAN; SCOTT, 2004). Fatores individuais, familiares e sociais estão implicados no desenvolvimento e na persistência dessas alterações de comportamento (SALUM et al, 2010). Os transtornos de comportamento, muitas vezes, são julgados como “personalidade forte” ou “retraimento”, não sendo reconhecidos como um problema (ASSUMPÇÃO JR, 2009). Contudo, alterações de comportamento na infância estão associadas ao risco de transtornos psicossociais na vida adulta (GOODMAN, 2001). Os problemas mais frequentes incluem transtornos de conduta, déficit de atenção e hiperatividade e emocionais, como os transtornos de ansiedade e depressão (FLEITLICH; GOODMAN, 2002).

O DSM-IV considera o prejuízo no funcionamento cotidiano como, por exemplo, nas relações interpessoais ou no desempenho escolar, critério para o diagnóstico de transtorno de conduta (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

O transtorno de conduta torna-se mais estável e menos modificável ao longo do tempo, por isso, crianças e adolescentes com transtornos de comportamento precisam ser identificados precocemente para que tenham maior oportunidade de se beneficiar de intervenções terapêuticas e de ações preventivas (BORDIN; OFFORD, 2000).

3.2 BULLYING NO AMBIENTE ESCOLAR

Depois da família, a escola é um agente importante da socialização da criança e pode influenciar os problemas emocionais e comportamentais (GOODMAN; SCOTT, 2004). O ingresso da criança no ensino fundamental traz um acúmulo de demandas novas e complexas, além de inúmeras modificações em sua vida, tornando-se um enorme desafio à capacidade adaptativa da mesma (BORGES; MARTURANO, 2009).

É vital considerar a sala de aula e os fatores relacionados ao convívio com outras crianças ao se avaliar qualquer criança. São as relações menos amistosas que, por vezes, desencadeiam comportamentos de agressividade e violência, podendo caracterizar um ambiente com *bullying* (GOODMAN; SCOTT, 2004).

O envolvimento com *bullying* preocupa pais, professores e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes acerca de suas consequências (GUERIN; HENNESSY, 2002). Essa relação desigual de poder caracteriza-se por um indivíduo ou grupo mais poderoso que ataca outros menos poderosos, tanto de forma física (empurrões, tapas, etc.), verbal (apelidos, deboche, etc.), quanto psicológica (focacas, exclusão, etc.) (NANSEL et al, 2001). Nessa situação, as vítimas (*victims*) são aquelas crianças que apenas sofrem a violência, enquanto que os agressores (*bullies*) são os que praticam o *bullying* contra os colegas. Os agressores-vítimas (*bully-victims*), ora praticam *bullying*, ora sofrem a agressão. Já os espectadores, são os que apenas presenciam a violência, convivendo, dessa forma, no ambiente onde isso ocorre (ABRÁPIA, 2003). A natureza e as características desses distintos papéis são definidas por meio de diferenças individuais, sociais, cognitivas, *status* entre os pares e funcionamento familiar (WOLKE; STANFORD, 1999).

Os agressores, geralmente, pertencem a famílias desestruturadas, em que os pais utilizam do comportamento explosivo e da violência para resolver os problemas que surgem. Estes estudantes têm uma tendência a apresentar comportamento antissocial e violento na vida adulta, além de depressão (ABRÁPIA, 2003; SOURANDER et al, 2007; KLOMEK; SOURANDER; GOULD, 2010). As vítimas tendem a ser frágeis, passivas e com baixa autoestima. Normalmente, há alguma característica pessoal que se destaca do resto do grupo, tornando-se o alvo do agressor. O desempenho escolar diminui com o tempo e a troca de colégio é frequente. Para não ter que ir à aula, as vítimas chegam a simular doenças (ABRÁPIA, 2003). Estas crianças tendem a apresentar transtornos de ansiedade e podem não superar o trauma, entrar em depressão e, inclusive, tentar – ou cometer – suicídio (ABRÁPIA, 2003; SOURANDER et al, 2007; KLOMEK; SOURANDER; GOULD, 2010).

Os espectadores assistem calados a tudo, temendo serem os próximos agredidos. Apesar de não serem os principais prejudicados com o *bullying*, estes alunos podem sentir desconforto com este cenário de violência e insegurança, não sabendo, muitas vezes, que atitude tomar. A atitude de assistir a episódios de *bullying* pode repercutir negativamente no futuro e influenciar o comportamento dos espectadores, transformando-os em adultos inseguros. Ao perceber que quem pratica o *bullying* não sofre punições, o espectador pode passar a praticar também (ABRÁPIA, 2003). Porém, tanto o *bullying* quanto a vitimização são comuns no ambiente escolar e afetam o rendimento dos alunos. Ao mesmo tempo, permitem identificar as crianças que poderão vir a desenvolver problemas de saúde mental na idade adulta (SOURANDER et al, 2007).

A prevenção pode ocorrer por meio de um acompanhamento do desenvolvimento de crianças e adolescentes. Por exemplo, a família do escolar tem papel estratégico nesse processo juntamente com estratégias de intervenção que visem combater o *bullying*, a fim de tornar a comunidade escolar mais segura (BRASIL, 2009). Programas focados nas famílias dos escolares podem ser úteis para combater a continuidade do *bullying* entre as gerações. Portanto, a prevenção do *bullying* entre os jovens é uma medida de saúde pública, inclusive, como uma estratégia de prevenir a criminalidade precoce (LOPES NETO, 2005; SPRIGGS et al, 2007; TTOFI et al, 2011).

3.3 PREDISPOSIÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS DE CONDUTA

Transtorno de conduta é um termo usado para denotar uma síndrome de sintomas centrais caracterizados pelo fracasso consistente em controlar adequadamente o comportamento dentro de regras socialmente definidas. (GOODMAN; SCOTT, 2004). Juntamente com os transtornos de atenção e hiperatividade e os de ansiedade, o transtorno de conduta está entre os problemas infantis mais comuns (KESSLER et al, 2012). Estes transtornos são importantes, pois resultam em sofrimento aos jovens e àqueles com quem convivem, interferindo, também, no desenvolvimento psicossocial e educacional. Além disso, podem gerar problemas no relacionamento interpessoal na vida adulta (FLEITLICH; GOODMAN, 2002).

O transtorno desafiador de oposição (TDO), o transtorno de conduta (TC) e o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) estão entre os transtornos de comportamento externalizantes. O TDO é visto como uma forma precursora mais leve de TC e esses transtornos caracterizam crianças e adolescentes cujos comportamentos refletem violações das regras sociais e ações inapropriadas contra outros (STUBBE, 2008). Esses jovens têm uma tendência a apresentar comportamento antissocial e violento na vida adulta, além de depressão (ABRÁPIA, 2003; SOURANDER et al, 2007; KLOMEK; SOURANDER; GOULD, 2010).

As manifestações modificam-se com a idade: o TC e o TDO são categorias diagnósticas usadas para crianças e adolescentes, enquanto o transtorno de personalidade antissocial aplica-se aos indivíduos com 18 anos ou mais (BORDIN; OFFORD, 2000; GOODMAN; SCOTT, 2004).

Pesquisas têm apontado a responsividade eletrofisiológica como um preditor para alterações do comportamento. A esta responsividade eletrofisiológica dá-se o nome de *arousal*, palavra inglesa que traduz resposta à excitação, vigilância e estimulação. Para se medir o *arousal*, utilizam-se técnicas neurofisiológicas - as que medem a responsividade e o nível de condicionamento do indivíduo a estímulos que podem ser sonoros, visuais, táteis ou dolorosos

(GAO et al, 2010a; 2010b) - além das escalas psicoemocionais, psicofisiológicas, etc.

Estudos com crianças e adolescentes já encontraram evidência de predisposição psicofisiológica para o desenvolvimento de comportamento antissocial, demonstrando que os jovens agressivos têm uma resposta para condicionamento relativamente baixa (GAO et al, 2010a; 2010b). Essa baixa responsividade à excitação é considerada um estado de pouca resposta a estímulos aversivos que é compensado por procura de novas sensações, riscos e emoções. De fato, isso indica a hiporresponsividade eletrofisiológica como um forte preditor de comportamento antissocial na idade adulta (RAINE; VENABLES; WILLIAMS, 1996; HERPERTZ; SASS, 2000).

O TDO e o TC são diagnósticos clínicos com base em obtenção cuidadosa da história, exame clínico e informação de diversas fontes e situações, sendo a escola uma das principais fontes. Contudo, estes transtornos não devem ser diagnosticados em separado se os sintomas ocorrerem exclusivamente durante o curso de outros transtornos (GOODMAN; SCOTT, 2004). Também é importante observar que muitos pré-adolescentes e adolescentes são opositores e que isso, por si só, não é considerado um transtorno. Na fase adulta, notam-se sérias consequências do comportamento antissocial, como discórdia conjugal, perda de empregos, criminalidade, prisão e morte prematura (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002).

A persistência de comportamentos antissociais no decorrer da adolescência e da vida adulta encontra-se favorecida em determinadas circunstâncias. Isto é, quando o TC tem início precoce, ou tipos variados de comportamentos antissociais estão presentes, incluindo os agressivos e violentos, observados em diversos ambientes como, por exemplo, familiar e escolar. O ambiente escolar, de acordo com suas características, pode incentivar ou desestimular o comportamento antissocial. Em relação ao ambiente familiar, a influência é direta à desarmonia conjugal, à hostilidade dirigida à criança e à falta de afeto. A falta de supervisão e disciplina inconsistente também está fortemente associada ao TC, talvez por não oportunizar a experiência com regras sociais previsíveis (GOODMAN; SCOTT, 2004).

Como o comportamento antissocial torna-se mais estável e menos modificável ao longo do tempo, crianças e adolescentes com TC precisam ser identificados precocemente para que tenham maior oportunidade de se beneficiar de intervenções terapêuticas e de ações preventivas. O tratamento mais efetivo envolve combinação de diferentes condutas junto à criança/adolescente, à família e à escola (OLDS et al, 1998; 2004).

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, derivado de um banco de dados vinculado ao projeto “Associação entre comportamento de *bullying* e *arousal* em alunos de escolas públicas: avaliação por meio de resposta cutânea simpática” (SILVA; HELDT; SCHESTATSKY, 2012), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA (nº 120074; ANEXO A).

Segundo Grady e Hearst (2008), a consulta ao banco de dados consiste na análise de dados pré-existentes, sejam eles de estudos prévios ou de registros hospitalares para investigar questões de pesquisas.

4.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra que compõe o banco de dados foi de alunos matriculados em três escolas da rede pública de ensino fundamental e médio da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) do HCPA, no ano de 2012.

Os critérios de inclusão no projeto que originou o banco de dados foram: alunos de ambos os sexos, com idade entre 11 e 17 anos; os critérios de exclusão foram: alunos com histórico de doença neurológica ou em tratamento de doença crônica.

4.2 BANCO DE DADOS E INSTRUMENTOS

Constavam no banco de dados informações como: idade, sexo, número de irmãos, etnia e desempenho escolar (APÊNDICE). Os instrumentos foram aplicados na escola, em sala de aula, uma única vez, na presença de um dos pesquisadores.

Para detectar a presença de problemas externalizantes e internalizantes, utilizou-se a *Strengths and Difficulties Questionnaire – Child* (SDQ-C), ou Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança (FLEITLICH; CORTÁZAR; GOODMAN, 2000). Este instrumento é utilizado para rastrear problemas de saúde mental infantil, podendo ser respondido por pais, professores e os próprios alunos. É constituído por 25 itens, alguns positivos e outros

negativos, os quais são divididos em cinco domínios: emocional, conduta, hiperatividade, relacionamento e pró-social, com cinco itens em cada domínio. As respostas podem ser: falso (zero), mais ou menos verdadeiro (um ponto) ou verdadeiro (dois pontos) (ANEXO B).

A avaliação do envolvimento e comportamento de *bullying* foi através da versão brasileira modificada da *Olweus Bully Victim Questionnaire* que auxilia na caracterização dos papéis de vítimas e agressores tanto no ambiente escolar, quanto fora da escola (FISCHER, 2010). Trata-se de uma escala baseada em autorrelato, que não utiliza uma definição de *bullying* para ser aplicada e sim a identificação do aluno com atitudes descritas, sendo considerado agressor ou vítima os que estiverem nos extremos (ANEXO C). Os alunos indicam com qual frequência cometeram ou sofreram determinada atitude na escola, tanto *bullying* físico, verbal, sexual (assédio, por exemplo) ou *cyberbullying* (*bullying* por meio de internet ou celular). As respostas variam de (0) “nunca”, (1) “uma até duas vezes no último ano”, (2) “três a seis vezes no último ano”, (3) “muitas vezes na semana” e (4) “todos os dias da semana” (SOLBERG; OLWEUS, 2003).

Na Escala de Predisposição de Resposta a Estímulos (EPRE), cada item corresponde a um escore de 1 a 5, de acordo com a resposta do sujeito (1= nunca; 2= quase nunca; 3= ocasionalmente; 4= frequentemente; 5= sempre, com exceção do item 1 que o escore é reverso). O escore total é obtido por meio da soma dos resultados de cada item, em um mínimo 12 e no máximo 60, sendo igual a 12, indica baixos níveis de *arousal* (COREN, 1999) sugere ainda que os sujeitos que pontuarem 10% do topo (\geq percentil 90) e 10% da base (\leq percentil 10) sejam considerados como *hiperaroused* (superestimuláveis) e *lowaroused* (pouco estimuláveis). Os demais sujeitos (80%) seriam considerados normais. Se uma questão não for respondida, o escore é rateado. Se mais de uma não forem preenchidas, os dados serão considerados perdidos (ANEXO D).

4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram descritos pela média e desvio padrão, para variáveis simétricas ou mediana e intervalo interquartis de 25-75, quando a variável apresentou-se assimétrica, conforme distribuição para variáveis contínuas. Para a

avaliação das variáveis categóricas foi utilizado frequência e percentual. A associação entre os problemas externalizantes e internalizantes, *bullying* e a predisposição de resposta a estímulo foi analisada com o teste qui quadrado e teste t para amostras independentes.

Foi utilizado o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. O nível de significância adotado foi de $\alpha < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%. Na quebra dos pressupostos paramétricos foram utilizados testes correspondentes não paramétricos. A avaliação da distribuição normal foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto atendeu aos aspectos éticos estabelecidos pela resolução 196/1996 (BRASIL, 1996). As autoras assinaram um Termo de Compromisso para utilização dos dados (ANEXO E), para assegurar os direitos e deveres relacionados à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. O projeto foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) uma vez que já havia sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA (nº 120074).

Os demais aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados foram devidamente mencionados no texto, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que se refere aos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

5 RESULTADOS

No dia da coleta, 134 alunos estavam presentes em sala de aula. Houve 3 perdas devido ao preenchimento incorreto dos instrumentos. Um total de 131 (97,7%) adolescentes foi incluído e as características demográficas e de desempenho escolar estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1- Características da amostra (n=131)

	n (%)
Sexo*	
Feminino	69 (52,7)
Idade (em anos)**	13,9 (1,88)
Raça*	
Branca	98 (74,8)
Negra	13 (9,9)
Parda	17 (13)
Indígena	3 (2,3)
Desempenho escolar*	
Repetência	83(63,4)

*Dados apresentados em frequência absoluta (percentual)

** Dados apresentados em média (desvio padrão)

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à predisposição de resposta a estímulos (EPRE), 14(10,7%) da amostra apresentou baixa responsividade e 16(12,2%) alta. Não foi encontrada associação entre as diferentes formas de prática de *bullying* e resposta a estímulos externos, porém, houve associação significativa entre os meninos e baixa responsividade ($p=0,005$) e ter menos idade com alta responsividade ($p=0,001$). Também foi encontrada associação significativa entre baixa responsividade e menores escores nos domínios emocional ($p=0,011$) e pró-social ($p=0,002$) avaliados pelo SDQ-C (Tabela 2). As demais variáveis não se apresentaram associadas à EPRE.

Tabela 2 – Associação entre resposta a estímulos com as características demográficas, prática de *bullying* e problemas de saúde mental.

	EPRE			p
	Normal 101(77,1%)	Baixo 14(10,7%)	Alto 16(12,2%)	
Sexo				
Masculino	41(40,6) ⁻	12(85,7) ⁺	9(56,3)	0,005*
Feminino	60(59,4) ⁺	2(14,3) ⁻	7(43,8)	
Idade	14,0(1,86) ^a	14,7(2,05) ^a	12,4(0,96) ^b	0,001**
Repetência				
Sim	64(63,4)	11(78,6)	8(50)	0,269
Não	37(36,6)	3(21,4)	8(50)	
Bullying				
Agressor	5(2-11)	7(2,75-19,5)	5,5(4-15,5)	0,377***
Vítima	5(2-10)	3(0,5-12,5)	4,5(1,25-15,7)	0,758***
Problemas de saúde Mental (SDQ-C)				
Emocional	3,4(2,14) ^a	2,0(1,41) ^b	2,2(2,26) ^{ab}	0,011**
Conduta	3,1(1,68)	2,2(1,31)	3,0(1,15)	0,120**
Hiperatividade	5,2(1,82)	4,7(1,38)	4,8(1,78)	0,467**
Relacionamento	4,6(1,34)	4,7(0,82)	4,0(1,09)	0,146**
Pró-Social	7,6(1,89) ^a	5,9(1,94) ^b	6,4(2,75) ^{ab}	0,002**

Nota: EPRE - Escala de Predisposição de Resposta a Estímulos; SDQ-C Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança.

* Variáveis categóricas estão apresentadas como frequência absoluta e relativa (%) e foram analisadas com o teste Qui quadrado** e pelos resíduos ajustados, sendo que + indica as categorias onde os valores observados foram significativamente **maiores** do que o esperado e - indica os que foram **menores**.

** Variáveis apresentadas como média (desvio padrão) e utilizado o teste One Way Anova. As médias com letras diferentes foram estatisticamente significativas pelo teste de Bonferroni.

*** Variáveis apresentadas como mediana (percentis) e utilizado o teste Kruskal-Wallis.

p<0,05

Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando que houve relação entre as variáveis demográficas (sexo e idade), os domínios de SDQ-C com a predisposição de resposta a estímulos, foi verificada se havia associação entre a prática de *bullying* com as características citadas acima. A mediana (intervalo interquartis) das escalas de *bullying* como agressor e como vítima na amostra foi de 5(2-11) e 5(2-10), respectivamente. Não foi encontrado correlação entre características demográficas e no desempenho escolar com *bullying*. Porém, houve correlação negativa significativa entre a escala de *bullying* como agressor e o domínio pró-social ($r=-0,235$; $p= 0,007$) e correlação positiva significativa entre a escala *bullying* como vítima e domínio de conduta ($r=0,260$; $p=0,003$) do SDQ-C (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre prática de *bullying* com as características demográficas da amostra e problemas de saúde mental.

	<i>Bullying</i>	
	Agressor	Vítima
Sexo[#]		
Masculino	6,5(2-14)	4(2-9)
Feminino	5(2-9)	6(2-13,5)
Idade^{##}	0,054	-0,045
Repetência[#]		
Sim	6(2-12)	5(2,75-11,25)
Não	4,5(2-9)	5(1-9)
Problemas de saúde Mental (SDQ-C)^{##}		
Emocional	-0,099	0,145
Conduta	0,122	0,260**
Hiperatividade	0,000	0,052
Relacionamento	-0,088	0,104
Pró-Social	-0,235**	0,037

SDQ-C Questionário de Capacidades e Dificuldades – versão criança.

[#] Variável apresentada como mediana (interquartis) e analisadas com o Teste Mann-Whitney U.

^{##} Correlação de Spearman

* $P<0,05$; ** $P<0,01$

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostram que não há associação entre as diferentes formas de prática de *bullying* e resposta a estímulos externos. Esse achado não está de acordo com estudos realizados com crianças e adolescentes que demonstram associação entre o envolvimento com *bullying*, seja como vítima ou agressor (ou ambos), com um padrão de responsividade fisiológica alterado. Isto é, os agressores teriam menor responsividade fisiológica, as vítimas teriam comportamento mais evitativo por responderem de maneira excessiva aos estímulos externos e os agressores/vítimas apresentariam responsividade tanto baixa quanto alta (GAO et al., 2010a; 2010b; RAINE; VENABLES; WILLIAMS, 1996; HERPERTZ; SASS, 2000; WOODS; WHITE, 2005). Em outro estudo, os níveis de responsividade a estímulos externos foram significativamente maiores em adolescentes com o perfil agressor-vítima e menores nos agressores (WOODS; WHITE, 2005).

Por outro lado, houve associação significativa entre os meninos e baixa responsividade. Estudos evidenciam que a maior parte dos envolvidos com o *bullying* é composta por indivíduos do sexo masculino, com média de idade menor e de etnia branca (KLOMEK; SOURANDER; GOULD, 2010). O levantamento realizado pela ABRAPIA, em 2002, envolvendo 5875 estudantes de 5ª a 8ª séries, revelou que 40,5% desses alunos admitiram ter estado diretamente envolvidos em atos de *bullying*, naquele ano, sendo 12,7% como agressores. Além disso, demonstrou que foram os meninos, com uma frequência significativamente maior, que estiveram mais envolvidos com o *bullying*, tanto como agressores quanto como vítimas (ABRAPIA, 2003). É provável que, devido ao pequeno tamanho da amostra, não tenha sido possível encontrar a associação entre *bullying* e responsividade, conforme estudo anterior (WOODS; WHITE, 2005).

Também foi encontrada associação entre indivíduos com menos idade e a alta responsividade aos estímulos externos. Estudos mostram que os estágios iniciais da infância estão associados com o entendimento e codificação de estímulos externos, bem como reagir àqueles estímulos aparentemente hostis (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002; DODGE, 2006; WILKOWSKI; ROBINSON, 2008). Tal reação, denominado como agressividade reativa, é

motivada pela raiva e/ou frustração com a intenção de ferir o autor da ameaça real ou percebida. Conforme o modelo teórico proposto em estudo recente, os autores avaliaram crianças com idade entre 6 a 13 anos e encontraram que a agressividade reativa esteve aumentada naqueles com comportamentos internalizantes e déficit de atenção (SCARPA; HADEN; TANAKA, 2010).

Entretanto, a baixa responsividade a estímulos mostrou-se associada a menores escores nos domínios emocional, que avalia níveis de ansiedade e depressão, e no pró-social, que avalia aspectos de interação com seus pares. Este achado concorda com o estudo sobre temperamento em que a agressão denominada pró-ativa esteve relacionada a problemas externalizantes como hiperatividade, impulsividade e conduta (D'ABREU; MARTURANO, 2010; SCARPA; HADEN; TANAKA, 2010), sugerindo que indivíduos com baixa responsividade a estímulos externos apresentam emotividade diminuída (DODGE, 2006). Em uma metanálise recente, os autores concluíram que as dificuldades emocionais estão associadas com indivíduos altamente reativos aos estímulos externos (CARD; LITTLE, 2006).

Observa-se que mais da metade da amostra foi composta por alunos repetentes, porém, sem associação com os escores de *bullying*. Entre os critérios para transtorno de conduta está o prejuízo nas relações interpessoais ou no desempenho escolar (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002). Entretanto, os resultados desse estudo indicaram que há correlação, ainda que fraca, para um maior escore na escala de *bullying* como agressor e dificuldade na dimensão pró-social. Este achado está de acordo com estudos recentes com crianças que encontraram uma relação entre a prática como agressores e a presença de atitudes marcadas por impulsividade e oposição que repercute nas relações sociais (VAUGHN et al., 2010; WEISS et al., 2011).

No entanto, entre as vítimas, a tendência é apresentar problemas internalizantes como ansiedade e depressão (LAMB; PEPLER; CRAIG, 2009) e no presente estudo a correlação foi com problemas de conduta. Considerando que a escala utilizada para avaliar *bullying* não determinou os que são agressores-vítimas, a hipótese é de este comportamento poder estar presente e justificar o achado de que entre as vítimas houve correlação positiva com o domínio de problemas de conduta.

As limitações do estudo estão relacionadas ao pequeno tamanho amostral e ao delineamento transversal que impede definir a relação de causalidade. Outra limitação foi o uso de escalas de autorrelato, sem a confirmação por pais ou por professores, ou a utilização de medição de índices físicos que detectam com melhor acurácia as diferenças individuais (CONESA, 1995). Também não se pode desconsiderar a faixa etária da amostra que, mesmo tendo variabilidade pequena, pode influenciar no julgamento de si mesmo e na forma de perceber-se em relação ao ambiente (FROTA, 2007).

Contudo, este é um primeiro estudo utilizando a escala EPRE em relação a um determinado comportamento. De fato, a correlação entre os níveis de resposta a estímulos encontrados no presente estudo foram semelhantes aos resultados do estudo de validação da EPRE (FALCHETTI, 2013), sendo que quanto maior os níveis de responsividade, maior os escores da escala SDQ. Assim, a relação entre prática de *bullying* e a responsividade a estímulos externos ainda permanece em aberto.

7 CONCLUSÕES

Conforme os resultados do presente estudo, não houve associação entre a prática de *bullying* e a predisposição de respostas a estímulos entre os adolescentes. Os achados sugerem que a responsividade a estímulos externos, verificados por meio de autorrelato, esteja relacionada a características demográficas como sexo e idade e dificuldades nas relações sociais.

A associação encontrada com a baixa responsividade e menor problema emocional remetem a outro modelo de etiologia do *bullying* que inclui as características de temperamento e as diferentes dimensões que envolvem a agressividade.

De fato, destaca-se a importância não somente da identificação precoce de problemas de comportamento, mas também a de definir a dimensão das reações. Atualmente, as pesquisas apontam para novos modelos que esclarecem a diferença de irritabilidade e agressividade e a relação com problemas emocionais e de conduta. A repercussão das recentes pesquisas ainda está distante da prática clínica e poderão no futuro, embasar as ações com melhor impacto para prevenir, inclusive, o *bullying* nas escolas.

Portanto, outros estudos serão necessários para investigar a relação entre comportamento de *bullying*, níveis de responsividade a estímulos externos e problemas de comportamento, garantindo medições confiáveis e considerando as diferenças de gênero em uma amostra maior.

As estratégias e intervenções existentes, atualmente, focam a prevenção do *bullying* no ambiente escolar. Entretanto, tais estratégias deveriam contar com a união das escolas, das famílias e dos profissionais de saúde, destacando os da atenção primária, que estão mais próximos das escolas e comunidades, podendo dar suporte e auxiliar pais e professores a manejar o comportamento das crianças e adolescentes de maneira apropriada. Tal ação propiciaria a solução de conflitos de forma pacífica e reduziria a violência entre os jovens, tanto em casa, quanto no ambiente escolar. Este envolvimento pode ser útil no combate à perpetuação do *bullying* entre as gerações e na redução de consequências negativas na vida adulta dos jovens envolvidos.

REFERÊNCIAS

ABRAPIA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA MULTIPROFISSIONAL DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (Rio de Janeiro). **Programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes. 2003.** Disponível em: <<http://www.observatoriodainfancia.com.br/IMG/pdf/doc-154.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSUMPÇÃO JR, F.B. Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Rev Psicopedag**, v.26, n.81, p. 441-57, 2009.

BOLSONI-SILVA, A.T., LOUREIRO, S.R., MARTURANO, E.M. Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades e relatos. **Psico**, v.42, n.3, p.354-361, 2011.

BORDIN, I.A.S., OFFORD, D.R. Transtorno de conduta e comportamento anti-social. **Ver Bras Psiquiatr**, v.22, n.Supl II, p.12-15, 2000.

BORGES, D.S.C.; MARTURANO, E. M. Aprendendo a gerenciar conflitos: um programa de intervenção para a 1ª série do ensino fundamental. **Paideia**, v.19, n.42, p.17-26, 2009.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Diário Oficial da União, 1996. p.21082-21085.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde na escola.** Brasília. n.24; p.26; 2009.

_____. Presidência da República. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L9610.htm>. Acesso em: 16 out. 2012.

CARD, N.A.; LITTLE, T.D. Proactive and reactive aggression in childhood and adolescence: a meta-analysis of differential relations with psychosocial adjustment. **Intern J Behav Dev.** v.30, n.5, p.466–80, 2006.

CONESA, J. Electrodermal palmar asymmetry and nostril dominance. **Percept Mot Skills**, v.80, n.1, p.211-6, 1995.

COREN, S. Prediction of insomnia from arousability predisposition scores: scale development and cross-validation. **Behav Res Ther**, v.26, n.5, p.415-20, 1988.

_____. Arousal predisposition as a predictor of antisocial and delinquent behavior. **Pers Individ Dif**, v 27, n.5, p.815-20, 1999.

COREN, S.; AKS, D.J. Prediction of task-related arousal under conditions of environmental distraction. **J Appl Soc Psychol**, v.21, n.3, p.189-97, 1991.

CRUZEIRO, A. L. S. et al. Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.9, p.2013-20, 2008.

D'ABREU, L. C. F., MARTURANO, E. M. Associação entre comportamentos externalizantes e baixo desempenho escolar: uma revisão de estudos prospectivos e longitudinais. **Estud Psicol**, v.15, n.1, p.43-51. 2010.

DODGE, K. A. Translational science in action: hostile attributional style and the development of aggressive behavior problems. **Dev Psychopathol**, v.18, n.3, p.791–814, 2006.

FALCHETTI, A. C. B. **Adaptação transcultural e avaliação psicométrica da arousal predisposition scale para mensurar níveis de resposta a estímulos em crianças e adolescentes**. 2013. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, Brasil, 2013.

FALCHETTI, A. C. B.; BOTTAN, G.; HELDT, E. Adaptação transcultural da *Arousal Predisposition Scale* em crianças e adolescentes para mensurar níveis de resposta a estímulos. **III Reunião Anual do Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e Comportamento (IBNeC) e IV Fórum de Neurobiologia do Estresse**. Rio de Janeiro: Núcleo de Neuropsicologia Clínica Experimental, p.280,2012.

FLEITLICH, B.W.; GOODMAN, R. Implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários para crianças e adolescentes. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.1, p.2, 2002.

FLEITLICH, B.W.; CORTAZAR, P.G.; GOODMAN, R. Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). **Infanto**, v.8, n.44, p.44-50, 2000.

FERRIOLLI, S F.T. et al. Família e saúde mental infantil. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.2, p.251-9, 2007.

FISCHER, R. et al. **Relatório de pesquisa: bullying escolar no Brasil**. São Paulo, Brasil: Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor (Ceats) e Fundação Instituto de Administração (FIA); 2010. Disponível em: <<http://catracalivre.folha.uol.com.br/wp-content/uploads/2010/03/Pesquisa-Bullying.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2012.

FROTA, A.M.M.C. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Est pesqui psicol**, UERJ, RJ, v.7, n.1, p.147-160, 2007.

GAO, Y. et al. Association of poor childhood fear conditioning and adult crime. **Am J Psychiatry**. v.167, n.1, p.56-60, 2010a.

_____. Reduced electrodermal fear conditioning from ages 3 to 8 years is associated with aggressive behavior at age 8 years. **J Child Psychol Psychiatry**. v.51, n.5, p.550-8, 2010b.

GOODMAN, R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v.40, n.11, p.1337-45, 2001.

GOODMAN, R., SCOTT, S. **Psiquiatria infantil**. São Paulo: Roca, 2004.

GRADY, D.; HEARST, N. Usando base de dados existentes. In: HULLEY, S et al. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 225-39

GUERIN, S.; HENNESSY, E. **Aggression and Bullying**. Oxford: Blackwell & British Psychological Society, 2002.

HERPERTZ, S.C.; SASS, H. Emotional deficiency and psychopathy. **Behav Sci Law**, v.18, n.5, p.567-80, 2000.

KESSLER, R.C. et al. Prevalence, Persistence, and Sociodemographic Correlates of *DSM-IV* Disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. **Arch Gen Psychiatry**. v.69, n.4, p.372-80, 2012.

KLOMEK, A.B.; SOURANDER, A.; GOULD, M. The Association of Suicide and Bullying in Childhood to Young Adulthood: A Review of Cross-Sectional and Longitudinal Research Findings. **Can J Psychiatry**, Ottawa, v.55, n.5, p.282-8, 2010.

LAMB, J.; PEPLER, D.; CRAIG, W. Approach to bullying and victimization. **Can Fam Physician**, v.55, n.4, p. 356-60, 2009.

LOPES NETO, A. A. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. **J Pediatr**, v.81, n.5, p.164-72, 2005.

MOURA, D.R.; CRUZ, A.C.; QUEVEDO, L.A. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. **J Pediatr**, v.87, n.1, p.19-23, 2011.

NANSEL, T.R. et al. Bullying Behaviors Among US Youth: Prevalence and Association With Psychosocial Adjustment. **JAMA**, v.285, n.16, p.7-7, 2001.

OLDS, D.L. et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15 year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, v.280, n.14, p.1238-44, 1998.

_____. Effects of nursing home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics*. V.114, n.6, p.1550-59, 2004.

OLWEUS, D.; LIMBER, S.; MIHALIC, S. **Bullying Prevention Program: Blueprints for Violence Prevention**, Book Nine. Elliott DS, editor. Boulder, CO, 1999.

POLLASTRI, A. R.; CARDEMIL, E. V.; O'DONNELL, E. H. Self-esteem in pure bullies and bully/victims: a longitudinal analysis **J Interpers Violence**, v.25, n. 8, p.1489-502, 2010.

RAINE, A.; VENABLES, P.H.; WILLIAMS, M. Better autonomic conditioning and faster electrodermal half-recovery time at age 15 years as possible protective factors against crime at age 29 years. **Dev Psychol**, v.32, n.4, p.624-30, 1996.

SALMIVALLI, C. et al. Bullying as a group process: participant roles and their relations to social status within the group? **Aggress Behav**. v.22, n.1, p.1-15, 1996.

SALUM, G.A. et al. Effects of childhood development on late-life mental disorders. **Curr Opin Psychiatry**, v.23, n.6, p.498-503, 2010.

SCARPA, A.; HADEN, S.C.; TANAKA, A. Being hot-tempered: autonomic, emotional, and behavioral distinctions between childhood reactive and proactive aggression. **Biol Psychol**, v.84, n.3, p.488-96, 2010.

SILVA, N. T.; HELDT, E.; SCHESTATSKY, P. **Associação entre comportamento de bullying e arousal em alunos de escolas públicas: avaliação por meio de resposta cutânea simpática**. 26f. Projeto de Mestrado (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

SOLBERG, M.E.; OLWEUS, D. Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully Victim Questionnaire? **Aggress Behav**, v.29, n.3, p.239-68, 2003.

SOURANDER, A. et al. What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? The Finnish "From a Boy to a Man" study. **Pediatrics**, v.120, n.2, p.397-404, 2007.

SPRIGGS, A.L. et al. Adolescent Bullying Involvement and Perceived Family, Peer and School Relations: Commonalities and Differences Across Race/Ethnicity. **J Adolesc Health**, v.41, n.3, p.283-293, set. 2007.

STEIN, J.A.; DUKES, R.L.; WARREN, J.I. Adolescent male bullies, victims, and bully- victims: a comparison of psychosocial and behavioral characteristics. **J Pediatr Psychol**, v.32, n.3, p.273-82, 2007.

STUBBE, D. **Psiquiatria da infância e adolescência**. Porto Alegre. Artmed, 2008, p. 87-96.

TTOFI, M.M. et al. The predictive efficiency of school bullying versus later offending: a systematic/meta-analytic review of longitudinal studies. **Crim Behav Ment Health**. v. 21, n. 2, p.80-89, 2011.

VAUGHN, M., et al. Psychiatric correlates of bullying in the United States: findings from a national sample. **Psychiatr Q**, v.81, n.3, p.183-95, 2010.

VOLK, A.A., et al. Is Adolescent Bullying an Evolutionary Adaptation? **Aggress Behav**, v.38, n.3, p.223-38, 2012.

WEISS, J.W. et al. Longitudinal effects of hostility, depression, and bullying on adolescent smoking initiation. **J Adolesc Health**, v.48, n.6, p.591-6, 2011.

WHITE, N.A.; LOEBER, R. Bullying and special education as predictors of serious delinquency. **J Res Crime Delinq**,v.45, n.4, p.380-97, 2008.

WILKOWSKI, B.M.; ROBINSON, M.D. The cognitive basis of trait anger and reactive aggression: an integrative analysis. **Pers Soc Psychol Rev**, v.12, n.1, p.3–21, 2008.

WOLKE,D.; STANFORD, K. **Bullying in school children**. In: Messer D, Millar S, editors. *Developmental Psychology*. London: Arnold Publisher; 1999.

WOODS, S.; WHITE, E. The association between bullying behavior, arousal levels and behavior problems. **J Adolescence**, v.28, n.3, p.381-95, 2005.

APENDICE - Instrumento de Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO

Nome completo:

Nome completo da Mãe (ou responsável):

Nome completo do Pai (ou responsável):

Coloque o maior número de informações possível para que possamos entrar em contato, caso seja necessário

ENDEREÇO/CONTATO

Rua, Avenida:

Número:

Bloco:

Apartamento:

Complemento:

Cidade:

Bairro:

CEP:

Telefone de casa: ()

Telefone para recados (Avô, Avó, Tio, Tia, Vizinho etc.): ()

Telefone celular do pai: ()

Telefone celular da mãe: ()

Responda

1. **Idade:** _____ anos (*Escreva*)

2. **Gênero:** (*Circule*) (0) Masculino (1) Feminino

3. **Quantos irmãos você possui?** (*Circule*)

(0) Nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis; (7) Sete; (8) Oito ou mais

4. **Na casa onde eu moro vivem** (*Marque com um X*)

() Pai

() Mãe

() Irmão(os)

() Avô/Avó

() Tio(s)/Tia(s)

() Outros

5. **Qual a sua cor da pele?** (*Circule*)

(1) Branca; (2) Negra; (3) Entre Branca e Negra; (4) Indígena; (5) Asiática

Circule

Na casa em que você mora tem (*não vale quebrado/quebrada*):

1. **Televisão?** Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

2. **Radio?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

3. **Banheiro?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

4. **Carro?** (0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

5. **Empregado** (a) que trabalha todos os dias?

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

6. **Telefone**, contando fixo e celular?

(0) Não há nenhum; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

7. **Geladeira?** (0) Não há nenhuma; (1) Uma; (2) Duas; (3) Três; (4) Quatro; (5) Cinco; (6) Seis ou mais

8. Até que grau seu pai (ou responsável – o **chefe da família**) estudou?

(0) Nunca estudou (4) Terminou o 3º ano do segundo grau (colegial)

(1) Fez até a 1ª, 2ª ou 3ª séries (5) Fez faculdade, mas não terminou o curso

(2) Fez até a 4ª, 5ª, 6ª ou 7ª séries (6) Fez faculdade completa (terminou o curso)

(3) Fez até a 8ª série ou 1º ou 2º ano do segundo grau (colegial) (7) Não sei

Desempenho Escolar: (Circule)

1. Quantos dias você **NÃO** veio à escola no **último mês**?

(0) Vim todos os dias; (1) 1 a 3 dias; (2) 4 a 8 dias; (3) 9 ou mais dias

2. Quantos dias você **NÃO** veio à escola na **semana passada**?

(0) Vim todos os dias; (1) Um; (2) Dois; (3) Três; (4) Quatro; (5) Em nenhum dia da semana passada

3. O quanto você normalmente estuda para uma prova?

(1) Nunca ou raramente estudo; (2) Às vezes estudo; (3) Estudo um pouco (em geral no dia anterior); (4) Estudo bastante (em geral alguns dias antes da prova); (5) Estudo quase todos os dias

4 Como você costuma ir nas provas e trabalhos?

(1) Nunca ou raramente vou mal (2) Às vezes eu vou mal (3) Geralmente eu fico na média (4) Costumo ir bem (5) Sempre vou muito bem

5. Você já teve que repetir de ano?

(1) Sim, há mais de 2 anos (2) Sim, há 2 anos (3) Sim, há 1 ano (4) Nunca repeti de ano

ANEXO A - Carta de Aprovação do CEP/HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120074

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ELIZETH PAZ DA SILVA HELDT

PEDRO SCHESTATSKY

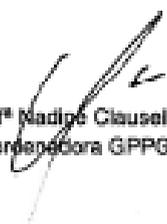
MANUCHA TEIXEIRA DA SILVA

Título: ASSOCIAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO DE BULLYING E AROUSAL EM ALUNOS DE ESCOLAS PÚBLICAS: AVALIAÇÃO POR MEIO DE RESPOSTA CUTÂNEA SIMPÁTICA

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 12 de abril de 2012.


Profª Nadine Clausell
/Coordenadora GPPG

ANEXO B – Questionário de Dificuldades e Capacidades (SDQ-C)

SDQ-C	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
<p>Abaixo se encontra uma lista de itens que descrevem como as pessoas se sentem em algumas situações e questões sobre o jeito que você é.</p> <p>Para cada item, por favor, faça um círculo ao redor do número que indica com que frequência a afirmativa é verdadeira para você.</p> <p><i>Se a sentença é falsa, circule 0.</i> <i>Se a sentença é mais ou menos verdadeira circule 1.</i> <i>Se ela é verdadeira, circule 2.</i></p>			
1. Muitas vezes queixo-me de dor de cabeça	0	1	2
2. Tenho muitas preocupações	0	1	2
3. Frequentemente estou infeliz, deprimido ou choroso	0	1	2
4. Fico nervoso quando enfrento situações novas	0	1	2
5. Eu sinto muito medo, eu me assusto facilmente	0	1	2
6. Eu fico muito bravo e geralmente perco a paciência	0	1	2
7. Geralmente sou obediente	0	1	2
8. Eu brigo muito	0	1	2
9. Geralmente eu sou acusado de mentir e trapacear	0	1	2
10. Eu pego coisas que não são minhas	0	1	2
11. Sou inquieto(a), hiperativo(a)	0	1	2
12. Estou constantemente irrequieto ou agitado	0	1	2
13. Distraio-me facilmente, perco a concentração	0	1	2
14. Eu penso antes de fazer as coisas	0	1	2
15. Eu consigo terminar as atividades que começo	0	1	2
16. Estou quase sempre sozinho	0	1	2
17. Eu tenho um ou mais bons amigos	0	1	2
18. Em geral, sou querido por outros jovens	0	1	2
19. Sou perseguido ou atormentado por outros jovens	0	1	2
20. Eu me dou melhor com os adultos	0	1	2
21. Eu tento ser legal com as outras pessoas	0	1	2
22. Tenho boa vontade em compartilhar	0	1	2
23. Mostro-me prestativo se alguém parece magoado	0	1	2
24. Sou gentil com as crianças mais novas	0	1	2
25. Frequentemente ofereço-me para ajudar outras pessoas	0	1	2

ANEXO C - Olweus Bully Victim Questionnaire

Para identificar agressores

Escala para Avaliação de Conduta Escolar - <i>Bully</i>	Quantas vezes aconteceu de VOCÊ se envolver numa situação como essa NO ÚLTIMO ANO?					
	NUNCA	POR ANO		POR SEMANA		POR DIA
	Não aconteceu NENHUMA vez	Aconteceu 1 ou 2 vezes no ÚLTIMO ANO	Aconteceu de 3 a 6 vezes no ÚLTIMO ANO	Aconteceu 1 vez POR SEMANA	Aconteceu várias vezes POR SEMANA	Aconteceu TODOS OS DIAS
1. Dei socos, pontapés ou empurrões.	0	1	2	3	4	5
2. Puxei o cabelo ou arranhei.	0	1	2	3	4	5
3. Fiz ameaças.	0	1	2	3	4	5
4. Obriguei a me entregar dinheiro ou coisas.	0	1	2	3	4	5
5. Peguei sem consentimento dinheiro ou coisas.	0	1	2	3	4	5
6. Estraguei coisas das pessoas.	0	1	2	3	4	5
7. Xinguei.	0	1	2	3	4	5
8. Insultei por causa da cor ou raça.	0	1	2	3	4	5
9. Insultei por causa de alguma característica física.	0	1	2	3	4	5
10. Humilhei por causa da orientação sexual ou trejeito.	0	1	2	3	4	5
11. Fiz zoações por causa do sotaque.	0	1	2	3	4	5
12. Dei risadas e aponte o dedo.	0	1	2	3	4	5
13. Coloquei apelidos vexatórios.	0	1	2	3	4	5
14. Encurrelei contra a parede.	0	1	2	3	4	5
15. Persegui dentro ou fora da escola.	0	1	2	3	4	5
16. Assediei sexualmente.	0	1	2	3	4	5
17. Abusei sexualmente.	0	1	2	3	4	5
18. Não deixei fazer parte do grupo de colegas.	0	1	2	3	4	5
19. Ignorei completamente, dei "gelo".	0	1	2	3	4	5
20. Inventei que pegaram coisas dos colegas.	0	1	2	3	4	5
21. Disse coisas maldosas sobre ele(s) ou sobre sua(s) família(s).	0	1	2	3	4	5
22. Fiz ou tentei fazer com que os outros não gostassem dele.	0	1	2	3	4	5
23. Forcei a agredir outro(a) colega.	0	1	2	3	4	5
24. Usei da internet ou celular para agredir outro(s) colega(s).	0	1	2	3	4	5

Para identificar vítimas

Escala para Avaliação de Conduta Escolar - <i>Victim</i>	Quantas vezes essa situação aconteceu COM VOCÊ NO ÚLTIMO ANO?					
	NUNCA	POR ANO		POR SEMANA		POR DIA
	Não aconteceu NENHUMA vez	Aconteceu 1 ou 2 vezes no ÚLTIMO ANO	Aconteceu de 3 a 6 vezes no ÚLTIMO ANO	Aconteceu 1 vez POR SEMANA	Aconteceu várias vezes POR SEMANA	Aconteceu TODOS OS DIAS
1. Deram - me socos, pontapés ou empurrões.	0	1	2	3	4	5
2. Puxaram meu cabelo ou me arranharam.	0	1	2	3	4	5
3. Me ameaçaram.	0	1	2	3	4	5
4. Fui obrigado(a) a entregar dinheiro ou minhas coisas.	0	1	2	3	4	5
5. Pegaram sem consentimento meu dinheiro ou minhas coisas.	0	1	2	3	4	5
6. Estragaram minhas coisas.	0	1	2	3	4	5
7. Xingaram - me.	0	1	2	3	4	5
8. Insultaram - me por causa da minha cor ou raça.	0	1	2	3	4	5
9. Insultaram - me por causa de alguma característica física.	0	1	2	3	4	5
10. Humilharam - me por causa da minha orientação sexual ou trejeito.	0	1	2	3	4	5
11. Fizeram zoações por causa do meu sotaque.	0	1	2	3	4	5
12. Deram risadas e apontaram para mim.	0	1	2	3	4	5
13. Colocaram apelidos vexatórios em mim.	0	1	2	3	4	5
14. Encurralaram - me contra a parede.	0	1	2	3	4	5
15. Perseguiram - me dentro ou fora da escola.	0	1	2	3	4	5
16. Assediaram - me sexualmente.	0	1	2	3	4	5
17. Abusaram sexualmente de mim.	0	1	2	3	4	5
18. Não me deixaram fazer parte do grupo de colegas.	0	1	2	3	4	5
19. Ignoraram - me completamente, me deram "gelo".	0	1	2	3	4	5
20. Inventaram que peguei coisas dos colegas.	0	1	2	3	4	5
21. Disseram coisas maldosas sobre mim ou sobre minha família.	0	1	2	3	4	5
22. Fizeram ou tentaram fazer com que os outros não gostassem de mim.	0	1	2	3	4	5
23. Forçaram - me a agredir outro(a) colega.	0	1	2	3	4	5
24. Usaram da internet ou celular para me agredir.	0	1	2	3	4	5

ANEXO D - Escala de Predisposição de Resposta a Estímulos

Instruções: Este questionário trata de alguns comportamentos comuns e autopercepções. Para cada questão você deverá selecionar a resposta que melhor descreva a si mesmo (a) e seus comportamentos. Você pode selecionar uma das seguintes alternativas:

Nunca (ou quase nunca)

Raramente

Ocasionalmente (às vezes)

Frequentemente

Sempre (ou quase sempre)

	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequente	Sempre
1 Eu sou uma pessoa calma					
2 Eu fico confuso quando tenho várias coisas para fazer ao mesmo tempo					
3 Qualquer tipo de novas mudanças causa uma emoção imediata em mim					
4 Emoções fortes duram por 1 ou 2 horas depois que passa a situação que as causou					
5 Eu sou nervoso					
6 Chegar em lugares novas afeta rapidamente minhas emoções					
7 Eu fico animado com facilidade					
8 Depois que fico agitado sinto que meu coração fica batendo mais rápido por um certo tempo					
9 Coisas que as pessoas acham bobagem me emocionam					
10 Eu me assusto com facilidade					
11 Eu fico facilmente chateado					
12 Depois de assistir a um bom filme fico animado ou comovido por bastante tempo					

Os itens são pontuados em ordem ascendente, com “nunca” igual a 1 e “sempre” igual a 5, com exceção do item número 1, o qual é pontuado de maneira inversa. O escore final de um indivíduo é a soma das respostas para os 12 itens.

ANEXO E – Termo de Compromisso para utilização de Dados



Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais

Título do Projeto

ASSOCIAÇÃO ENTRE <i>BULLYING</i> E PREDISPOSIÇÃO DE RESPOSTAS A ESTÍMULOS	Cadastro no GPPG
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 10 de Dezembro de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Alana Wypyszynski Petroceli	
Elizeth Heldt	