



«Recuso-me a ir para aquela escola» – Um caso clínico de *bullying*

Diana Carneiro*, Ana Figueiredo*

RESUMO

Introdução: A violência escolar é um problema de Saúde Pública com graves consequências individuais e sociais. A apresentação deste caso tem como objectivo alertar os médicos de família para a alta prevalência de *bullying* e realçar a importância da sua actuação na prevenção, no diagnóstico, no tratamento das possíveis repercussões e na orientação da família.

Descrição do caso: Adolescente de 15 anos, pertencente a uma família nuclear na fase V do ciclo de Duvall. Após várias consultas no ano de 2010, recorreu à consulta aberta da sua médica de família, apresentando queixas de agressão por parte dos colegas da escola. Referiu, ainda, insónia, irritabilidade, falta de apetite e recusa escolar.

Os funcionários da escola não se mostraram sensibilizados. O director de turma sinalizou o caso à comissão de protecção de crianças e jovens (CPCJ) por abandono escolar, não aceitando a justificação das faltas pela médica de família, nem a iniciativa da família em procurar outra escola para o inscrever. O caso foi discutido entre a médica de família e o responsável da CPCJ, tendo sido concluído que a sinalização foi indevida. Após a integração numa nova escola, o adolescente começou a revelar sofrimento emocional com risco de auto e hetero-agressão, sendo referenciado a pedopsiquiatria de urgência. Este adolescente revelou sintomatologia depressiva reactiva a violência escolar – *bullying*.

Comentário: A orientação de um caso de *bullying* envolve o esforço de uma equipa multidisciplinar. O médico de família está numa posição privilegiada para identificar situações de risco, aconselhar as famílias e rastrear comorbilidades psiquiátricas. Assim, o médico de família deve questionar a ocorrência de *bullying* quando existem sintomas psicossomáticos sem explicação, problemas na escola, comportamentos disruptivos ou evidência de pensamentos de suicídio. A ênfase deve ser colocada na prevenção primária, devendo treinar-se o desenvolvimento de habilidades sociais.

Palavras-chave: *Bullying*, Adolescência, Perturbação Depressiva.

INTRODUÇÃO

A violência escolar é um importante e crescente problema de Saúde Pública, com graves consequências individuais e sociais, particularmente para os jovens.¹

O fenómeno de *bullying* pode ser definido como um comportamento agressivo, praticado por crianças e adolescentes, geralmente nas escolas ou nas suas proximidades, realizado com a intenção de causar dor ou desconforto, repetido ao longo do tempo e com nítido desequilíbrio de poder entre o agressor e a vítima. O acto repetido de intimidação e a relação de desigualdade de poder são características que diferenciam o *bullying* dos outros comportamentos agressivos.^{2,3,4} Por um lado, é

considerado por muitos uma experiência comum e normal do desenvolvimento, por outro, uma importante causa de stress e de problemas físicos e emocionais.⁵

O *bullying* no contexto escolar constitui um problema com uma prevalência elevada, comprometendo a aprendizagem e influenciando o abandono escolar precoce. A prevalência de *bullying* nas escolas portuguesas apresenta valores compreendidos entre 20% e 46%.⁶

A proporção de estudantes vítimas de *bullying* e a prevalência de sintomas decorrentes deste comportamento varia consideravelmente a nível internacional, mas na maioria dos casos encontra-se uma forte associação entre sintomas de carácter físico (cefaleia, dor abdominal, lombalgia, tonturas) e psicológico (alterações do humor e no padrão do sono, ansiedade, solidão, isolamento, rejeição) e o fenómeno de *bullying*.⁷

*Internas de Medicina Geral e Familiar
Unidade de Saúde Familiar Horizonte – Unidade Local de Saúde de Matosinhos



A adolescência é um período caracterizado por alterações biológicas e psicológicas, no qual as interações sociais desempenham um papel importante. Neste período de desenvolvimento existe uma grande dependência familiar, mas emerge também uma necessidade de estabelecer relações entre o grupo de pares e de obter a sua aceitação. Portanto, os adolescentes estão especialmente susceptíveis aos efeitos negativos decorrentes das interações sociais.⁷

Pelo facto da maioria das vítimas não revelarem que estão a ser vítimas de *bullying* e por não existirem métodos diagnósticos que indiquem a ocorrência deste fenómeno, é fundamental aumentar o nível de suspeição na prática clínica. Assim, surge a necessidade de obter informações sobre o risco individual, familiar, escolar ou comunitário e avaliar o desenvolvimento das habilidades sociais dos estudantes.³

Este caso clínico foi seleccionado pelas autoras por ser ilustrativo do tipo de agressões, tanto físicas como psicológicas, que as vítimas de *bullying* sofrem, demonstrar a forte associação entre os sintomas psicossomáticos e o fenómeno de *bullying* e exemplificar as possíveis consequências no bem-estar das vítimas de *bullying*. É ainda ilustrativo de como uma orientação multidisciplinar pode conduzir a um desfecho favorável.

Este caso é especialmente relevante pelo facto do adolescente em causa ter tomado a iniciativa de confessar estar a ser vítima de agressões e por ter procurado a ajuda da sua médica de família, pela iniciativa e apoio da família do adolescente, preponderantes para um bom prognóstico e pela conduta inadequada da situação por parte dos profissionais da escola, onde o adolescente foi vítima de *bullying*, o que se revelou um obstáculo na orientação deste caso.

A descrição deste caso clínico foi estruturada de forma a cumprir o seguinte objectivo: alertar os médicos de família para a alta prevalência da prática de *bullying* entre os estudantes e realçar a importância da sua actuação na prevenção, no diagnóstico, no tratamento das possíveis repercussões no desenvolvimento e na orientação das suas famílias.

DESCRIÇÃO DO CASO

1. Dados demográficos, antecedentes pessoais e contexto familiar

O Manuel* é um adolescente de 15 anos, raça cau-

casiana, católico, natural e residente em Matosinhos, frequenta o 9.º ano de escolaridade sem retenções até à data, vive com os pais e o irmão, pertence à classe média-baixa de Graffar.

Dos antecedentes pessoais de realçar infecções do trato urinário de repetição, infecções agudas do aparelho respiratório superior, dislexia diagnosticada aos 7 anos e rinite alérgica desde 2010. Esteve internado duas vezes, em 2001 devido a uma gastroenterite aguda e em 2010 foi submetido a uma apendicectomia.

Pertence a uma família nuclear, que se encontra na fase V do ciclo de vida de Duvall. Do seu genograma (figura 1) ressaltam os seguintes dados:

- Morte do avô paterno por neoplasia da próstata aos 69 anos.
- História familiar de perturbações psiquiátricas.
- Pai com 43 anos, empregado da construção civil desde os 11 anos de idade, proveniente de uma família de 10 irmãos. A relação que este estabelece com os filhos é próxima, contudo o Manuel refere que gostaria que o pai estivesse mais presente na sua vida e que lhe desse mais atenção.
- Mãe com 39 anos, empregada doméstica, muito presente na vida dos filhos estabelecendo uma excelente relação com ambos.
- Com o irmão de 6 anos, o Manuel diz ter uma relação próxima mas com discussões normais entre irmãos.

Quando pedimos ao Manuel para desenhar o círculo familiar de Trower (figura 2), a primeira pessoa representada foi a mãe e é a esta que o Manuel recorre se precisar de ajuda, revelando a relação muito próxima entre ambos. Posteriormente representou o pai e o irmão. Após ter desenhado o seu agregado familiar (mãe, pai e irmão), o Manuel afirmou que as suas cadelas são muito importantes para ele. Por fim, o Manuel representou um casal de tios e os seus filhos, com quem tem uma proximidade grande. Afirmou sentir-se satisfeito com a representação familiar que fez e referiu que gostava apenas de ter uma relação mais próxima com o pai, semelhante à relação que tem com a mãe.

Quando respondeu às questões que constituem o apgar familiar de Smilkstein (figura 3), obteve uma pon-

* Nome fictício



tuação final de 9 pontos o que é sugestivo de uma família altamente funcional.

2. Dados da história clínica

Após consulta ao processo clínico do Manuel, saltou à vista o facto de ter ocorrido um aumento no número de consultas desde 2008, e em todas o Manuel revelou sintomas vagos: cefaleias, dor abdominal, traumatismos do aparelho musculo-esquelético, infecções agudas respiratórias superiores, dores musculares. Após sete consultas em 2010, o Manuel recorreu à consulta aberta no dia 3 de

Novembro de 2010, acompanhado pela mãe. Referiu ser vítima de agressões por parte dos colegas da escola desde o ano lectivo anterior. Referiu também insónia, falta de apetite e irritabilidade. Revelou faltar à escola há cerca de uma semana e não tolerar mais esta situação.

Foi, assim, considerado que a sintomatologia se devia a uma reacção aguda ao stress (*bullying*), decidindo-se assim medicar com valeriana e referenciar à consulta de Psicologia.

Posteriormente, em consultas realizadas pela sua médica de família e em consultas de Psicologia, o Ma-

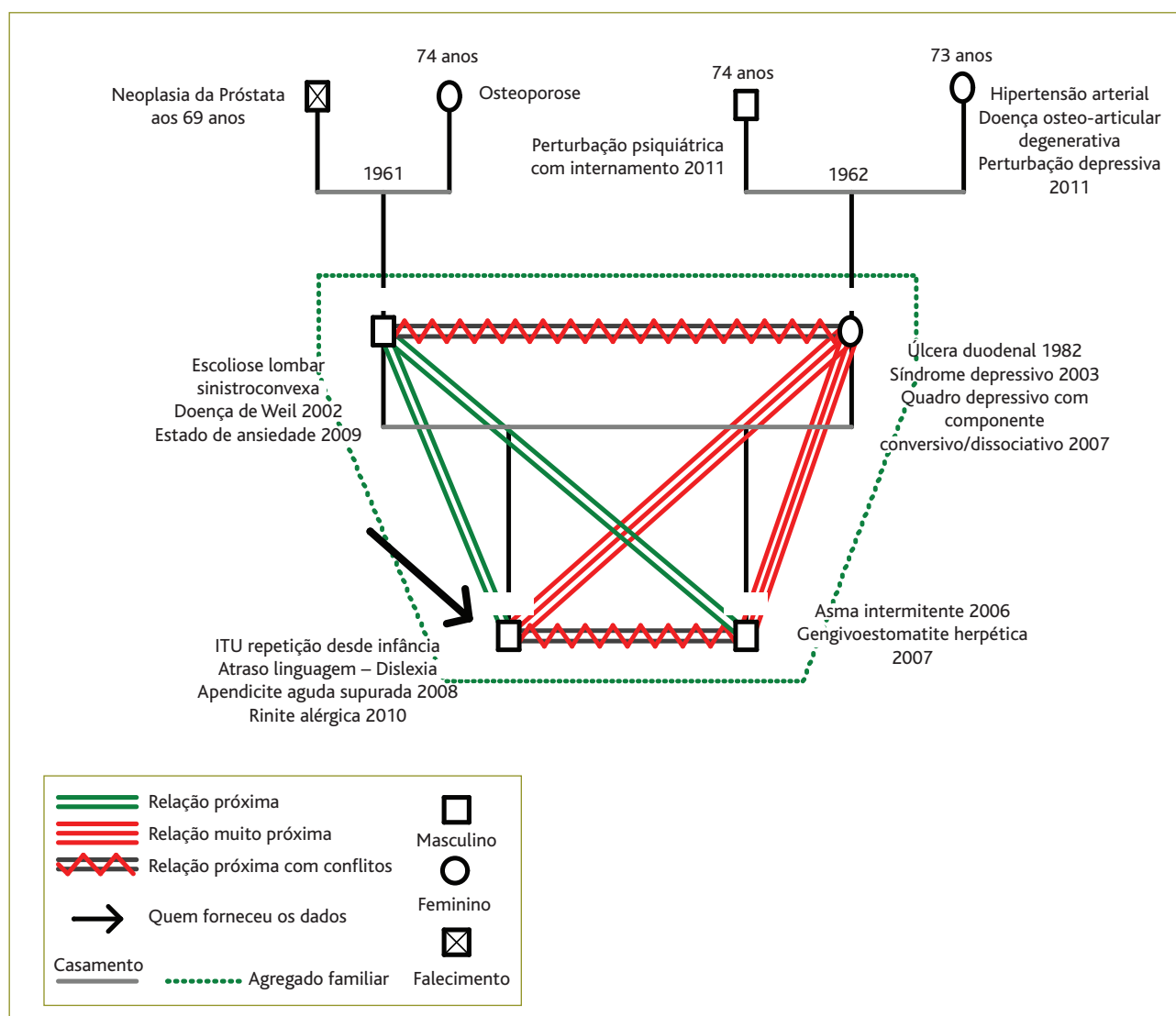


Figura 1. Genograma e Psicofigura de Mitchell.

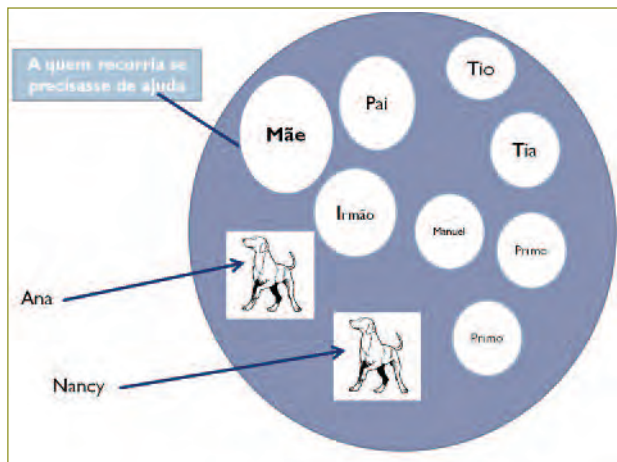


Figura 2. Círculo Familiar de Thrower.

APGAR	quase sempre (2 pontos)	algumas vezes (1 ponto)	quase nunca (0 pontos)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		

SOMATÓRIO DA PONTUAÇÃO OBTIDA: _____ 9

INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO:

7-10 (sugestivo de) família altamente funcional

Figura 3. Apgar Familiar de Smilkstein.

Manuel foi abordando o assunto com uma abertura crescente. Revelou que tudo teve início no 8.º ano com agressões verbais («Insultaram-me, humilharam-me, até chamaram-me de gay»). Posteriormente surgiram as agressões físicas («Empurraram-me e partiram-me os óculos», «Tiravam-me o lanche», «Atiravam-me às ervas», «Eram 6 ou 7 a agredirem-me»). O Manuel afirmou que não era seleccionado para os grupos de trabalho e que tudo tentou para se integrar no grupo de pares («Cortei o cabelo como estava na moda mas continua-

ram a gozar comigo»), incluindo a inscrição em redes sociais. Contudo, as agressões aumentaram e estenderam-se à internet. Após inscrição no «Facebook» e no «Royal Play Game», o Manuel referiu que acederam ao seu perfil, alterando e adulterando a informação que constava na sua página, o que o obrigou a alterar a password de acesso.

Quando questionado acerca das reacções dos profissionais da escola, o Manuel refere que o director de turma inicialmente se mostrou disponível para o ajudar (propôs inscrição nas redes sociais), contudo no início do 9.º ano considerou não poder fazer nada já que não tinha provas.

Por um lado, os auxiliares de acção educativa afirmaram: «Já tens idade para te defender», «Tens de te habituar a resolver os teus problemas que nós somos poucos e não podemos ver tudo»; e por outro lado os seguranças: «Estavam sempre na conversa, a falar de futebol».

Já em situação limite, o Manuel decidiu contar à mãe o que estava a acontecer, tendo, em conjunto com esta, decidido pedir ajuda à sua médica de família. Referiu claramente: «Recuso-me a ir para aquela escola e ser humilhado».

3. Orientação do caso

O Manuel recusou sempre o regresso à escola e consequentemente a família envidou esforços para que pudesse haver mudança de estabelecimento de ensino, o que se mostrou difícil por ser a meio do ano lectivo. Conseguiram efectuar uma pré-inscrição numa escola profissional (no curso de instalação e operação de sistemas informáticos) e disso fizeram prova ao director da escola. Este, contudo, por lapso, não fotocopiou o comprovativo, e por isso não constava do processo escolar do Manuel nenhuma prova de inscrição noutra escola.

O director de turma, após várias ameaças, fez queixa à comissão de protecção de crianças e jovens (CPCJ) por absentismo escolar, não aceitando a justificação das faltas pela médica de família nem a iniciativa da família em procurar outra escola para o inscrever.

Coube assim à médica de família o contacto telefónico com o responsável da CPCJ pelo caso, e após alguns esclarecimentos, ficou clarificado que a escola tinha feito uma participação indevida e não fundamentada. A médica de família solicitou ainda junto deste



responsável ajuda no processo de procura duma nova escola. O responsável da CPCJ entrou em contacto com a Direcção Regional de Educação do Norte (DREN), tendo sido possível a integração numa nova escola.

O Manuel esteve afastado da escola durante cerca de quatro meses. Apesar de alguma melhoria sintomatológica inicial, com a possibilidade de ingresso no curso de instalação e operação de sistemas informáticos, os sintomas revelados na consulta aberta mantiveram-se durante este longo período de afastamento. Até à participação à CPCJ efectuada pela escola, foram abordadas estratégias de coping, desenvolvidas competências sociais e de confronto com a futura reintegração escolar e abordadas expectativas para a nova fase. O Manuel estava contente e preparado para iniciar este novo curso. Contudo, após a intervenção da DREN, começou a revelar elevado sofrimento emocional, com risco de auto e hetero-agressão, manifestando resistência à possibilidade de vir a ser integrado noutra escola, por medo de novas agressões. Perante este quadro, a família recorreu à médica de família que o referenciou para o serviço de urgência de Pedopsiquiatria.

Após ser observado no serviço de urgência foi referenciado para a consulta de crise. Nesta consulta foi feito o diagnóstico de perturbação depressiva reactiva à violência escolar – *bullying*.⁸ O Manuel ficou medicado com ansiolítico (alprazolam), anti-psicótico (quetiapina) e antidepressivo (sertralina).

No dia 23 de Fevereiro de 2011, em consulta programada, referiu que já estava na nova escola, na qual se sentia bem, mas demonstrou clara intolerância ao ruído dos colegas.

4. Situação actual

Na nova escola, o Manuel esteve inserido num programa de integração progressivo, que incluiu o contacto com o melhor aluno da turma (que será seu tutor na escola). Após alguns dias, o Manuel referiu: «Nesta escola não serei vítima de agressões como na anterior, a turma é mais calma e a escola mais organizada», «Sinto-me bem integrado na nova escola. Dou-me bem com toda a gente. Convidei os meus colegas da nova turma para a minha festa de anos».

Actualmente tem vindo às consultas mais desenvolvido, seguro e feliz. Teve alta da consulta de pedopsiquiatria e de psicologia.

COMENTÁRIOS

O facto de o Manuel ter tomado a iniciativa de contar que estava a ser vítima de *bullying*, apesar de o já ter feito em situação limite, foi sem dúvida o pilar da condução deste caso clínico. O que contrasta com o que a maioria das vítimas de *bullying* faz. Aceitam que merecem ser agredidos, têm dificuldade em afirmarem-se, não respondem quando são atacados ou insultados, fazem-se perceber como mais fracos e diferentes, isolam-se socialmente e dizem sentirem-se tristes e sozinhos.^{1,3,9}

Após consulta efectuada ao seu processo, salta à vista o aumento no número de consultas efectuadas no centro de saúde desde 2008. O Manuel recorreu à consulta, por diversas vezes, com sintomas vagos – cefaleia não especificada, dor abdominal sem causa aparente, traumatismo músculo-esquelético, mialgias, infecções agudas do tracto respiratório superior, o que vai de encontro ao que a literatura revela. Uma meta-análise publicada na revista *Pediatrics*, em 2009, revela que os estudantes, alvo de agressão por parte do grupo de pares, estão em risco altamente significativo de desenvolver uma variedade de sintomas psicossomáticos.¹⁰ Um estudo transversal realizado em vinte e oito países, incluindo Portugal, concluiu que, apesar da proporção de estudantes vítimas de *bullying* variar enormemente entre os países, existe uma forte associação entre sintomas de carácter físico (cefaleia, dor abdominal, lombalgia, tonturas) e psicológico (alterações do humor e no padrão do sono, ansiedade, solidão, isolamento, discriminação) e o fenómeno de *bullying*.⁷

Apenas após cerca de trinta consultas manifestando sintomas vagos, o Manuel revelou a causa deste aumento na procura. A situação limite em que se encontrava conduziu-o a abordar o assunto com a pessoa com quem tem uma relação mais próxima – a mãe. O Manuel recorreu à consulta aberta, acompanhado pela mãe, revelando que estava a ser vítima de *bullying*, andava irritado, com insónias, com falta de apetite e já não aparecia na escola há cerca de uma semana. Realmente há evidência que este comportamento tem efeitos adversos no bem-estar físico e psicológico das vítimas, incluindo no rendimento escolar.^{2,5} As vítimas de *bullying* estão em risco de desenvolver, a longo prazo, perturbações depressivas, ideação suicida, problemas sociais (isolamento, exclusão) e comportamentos de risco.¹¹⁻¹³



Um forte indicador de que o estudante pode estar a ser vítima de violência é a falta de vontade e o medo de ir para a escola.⁹ Muitas vezes, estes revelam uma angústia intensa e queixas somáticas nos momentos que antecedem a ida para a escola. Frequentemente chegam a casa, com as roupas e livros rasgados e manchados, perdem repetidamente pertences e dinheiro e ficam calados, não querendo falar sobre o assunto.^{4,9} A presença de angústia, o desejo imperioso de permanecer em casa e o interesse conservado pela escolaridade constitui uma tríade muito sugestiva de fobia escolar.¹⁴ Neste caso, o adolescente revelou apenas sintomatologia de uma perturbação depressiva com boa resposta terapêutica até à data. Tem, ainda, clara intolerância ao ruído dos colegas e revela uma certa dificuldade em ajustar-se ao ambiente escolar, já que esteve cerca de quatro meses afastado da escola.

A família do Manuel desempenhou um papel preponderante na resolução desta situação. De evidenciar, a importância da relação muito próxima que o Manuel tem com a mãe. O Manuel refere que a mãe é a pessoa a quem recorria se precisasse de ajuda, o que se veio a revelar verdadeiro, já que foi a ela que este contou estar a ser vítima de *bullying*. O facto de a família ter acreditado no Manuel e de o ter ajudado, recorrendo aos meios que tinham, foi sem dúvida um apoio tranquilizador para o Manuel. A preocupação em procurar ajuda nos cuidados de saúde e em encontrar uma nova escola para o Manuel revelou uma grande inter-ajuda familiar. Demonstraram o seu inconformismo perante a reacção dos profissionais da escola, nunca deixando de apoiar o seu filho e tentando encontrar a melhor solução para o bem-estar do Manuel.

Por um lado, o comportamento dos pais dos alunos alvo pode variar de descrença ou indiferença, a reacções de ira ou inconformismo contra si mesmos e a escola.¹ Os sentimentos de culpa e incapacidade para debelar a situação passa a ser a preocupação principal nas suas vidas, surgindo sintomas depressivos que consequentemente exercem influência no seu desempenho no trabalho e nas suas relações pessoais.¹ Os filhos podem também sentir-se traídos, caso entendam que os seus pais não estão a acreditar nos seus relatos ou quando as suas acções não se mostram eficazes.¹

O grande obstáculo para a resolução deste problema foi, sem dúvida, a reacção por parte dos profissionais

da escola. O director de turma, inicialmente, mostrou-se disponível aconselhando o Manuel a inscrever-se nas redes sociais; contudo, no início do 9.º ano, afirmou não poder fazer nada já que não tinha provas. Os auxiliares de acção educativa e os seguranças, após vários pedidos de ajuda por parte do Manuel, mostraram-se indiferentes. Esta falta de atenção por parte dos profissionais da escola desencadeou um sentimento de revolta no Manuel, o que se tornou positivo, já que o conduziu a uma situação limite com necessidade de revelar aos pais o que estava a acontecer. A negação ou indiferença por parte dos profissionais da escola pode gerar a sensação de que não existe preocupação pela segurança dos alunos.^{1,9,14} Esta reacção por parte dos profissionais da escola onde o Manuel foi vítima de *bullying* contrasta com o encaminhamento realizada pela nova escola. O Manuel foi recebido pelo melhor aluno da turma e teve à sua disposição um acompanhamento psicológico. Uma intervenção escolar *anti-bullying* pode reduzir o número de estudantes vítimas de *bullying*. Contudo, estas medidas devem ser mantidas a longo prazo, com intervenções em todos os anos lectivos.¹⁵

A orientação de um caso clínico de *bullying* envolve o esforço de uma equipa multidisciplinar; incluindo a participação dos pais, dos professores, dos profissionais da escola, dos médicos e enfermeiros de família, dos pediatras, dos psicólogos e dos psiquiatras.^{14,15} As consequências do *bullying* são raramente óbvias e é improvável que a vítima recorra ao seu médico de família queixando-se de ser vítima de *bullying*.³ Contudo, os médicos de família podem identificar crianças em risco, aconselhar as famílias e rastrear comorbilidades psiquiátricas.³

O médico de família encontra-se numa posição privilegiada não só pelo acompanhamento longitudinal e contínuo mas também pelo conhecimento individual, familiar, escolar e comunitário. Este desempenha um papel preponderante na prevenção e condução destas situações, o que inclui:

- Suporte à vítima: os médicos de família devem ser «advogados de defesa» do estudante perante a escola e outras instituições comunitárias.¹⁶ A demonstração de compreensão pelos sentimentos vivenciados, o apoio e a tranquilização das vítimas são a chave para um prognóstico favorável.



- Suporte à família: os médicos de família devem direccionar os pais para os recursos existentes. As famílias envolvidas devem ser aconselhadas a ajudar os seus filhos a entenderem o problema.³ A ajuda no reconhecimento, por parte dos pais, dos sintomas físicos e psicológicos associados a este fenómeno e o esclarecimento das potenciais consequências, a curto e a longo prazo, são de extrema importância.^{3,16} Os pais devem ser encorajados a discutir o problema e a tentar encontrar medidas resolutivas com os profissionais da escola. Para prevenir novos incidentes, os médicos de família podem discutir intervenções eficazes e estratégias de coping com os familiares.³ A avaliação das repercussões na funcionalidade da família não deve ser esquecida.³
- Incentivo ao desenvolvimento de intervenções, medidas ou programas anti-*bullying* nas escolas. Os médicos de família devem encorajar os alunos a participarem activamente na supervisão e intervenção em actos de *bullying*, pois a confrontação da situação pelas testemunhas demonstra aos autores que eles não terão o apoio do grupo.¹ Segundo a Organização Mundial de Saúde, os programas que enfatizam as capacidades sociais e a aquisição de competências parecem estar entre as estratégias mais eficazes para a prevenção da violência infantil e juvenil nas escolas.¹
- Tratamento e referência quando indicado.^{3,4} Avaliações psicológicas e/ou psiquiátricas podem ser necessárias e devem ser garantidas nos casos em que o estudante demonstrar alterações emocionais, alterações do humor, ansiedade, sintomas depressivos de forma intensa ou distúrbios de conduta. As equipas de saúde escolar podem também ter um papel importante no desenvolvimento de projectos de intervenção nesta área. A violência em meio escolar, incluindo o *bullying* e os comportamentos autodesestrutivos, é uma área prioritária no contexto da intervenção de saúde escolar.¹⁷
- Atitudes preventivas nas consultas. Uma vez que o *bullying* pode ter início em idade precoce, acções preventivas devem ser encorajadas e iniciadas em casa antes de a criança entrar na escola. Durante a infância, os pais e outros cuidadores podem ensinar a criança como interagir socialmente, resolver conflitos e lidar com a frustração, raiva e stress.³ As equi-

pas de saúde familiar devem encorajar os pais a terem um papel activo na monitorização dos seus filhos e a envolvê-los em actividades lúdicas e prazerosas tanto ao nível escolar como comunitário, permitindo assim uma abordagem do papel parental.¹⁸ A avaliação do desempenho escolar do estudante não deve ser baseada apenas na sua capacidade de aprendizagem mas também no desenvolvimento de habilidades sociais. Assim, é necessário questionar directamente o estudante sobre os seus sentimentos em relação à escola, aos colegas, ao ciclo de amizades e às possíveis atitudes agressivas, verbais ou físicas. É importante também perceber e monitorizar as habilidades ou possíveis dificuldades que possam ter os estudantes no seu convívio social com os colegas.

Os médicos de família devem questionar a ocorrência de *bullying* quando, na sua consulta, o estudante apresenta sintomas psicossomáticos sem explicação, revela a existência de problemas na escola e com os amigos, manifesta o envolvimento em comportamentos de risco e evidencia pensamentos de auto e hetero-agressão ou de ideação suicida.

Do caso apresentado, conclui-se que o médico e família:

- Deve ter presente em cada consulta de saúde infantil a possibilidade de ocorrência de violência escolar e, portanto, deve abordar a avaliação do rendimento escolar não só na perspectiva das classificações obtidas mas também no desenvolvimento de habilidades sociais.
- Deve investigar potenciais riscos a nível individual, familiar, escolar e comunitário para o desenvolvimento de fenómenos de violência escolar, já que não existem meios de diagnóstico para tal situação e raramente as vítimas confessam estarem a ser vítimas de *bullying*.
- Deve ter presente a forte associação entre sintomas psicossomáticos sem explicação e fenómenos de violência.
- Deve lembrar a importância do suporte e acompanhamento da vítima e dos seus familiares para uma melhoria ao nível da globalidade dos problemas de saúde e da qualidade de vida do agregado familiar.
- Deve ter em conta este fenómeno que sempre existiu, mas que nunca foi objecto de preocupação para

educadores e profissionais de saúde... devendo a escola ser vista como um local seguro e saudável para crianças e adolescentes, e não apenas como um local que ensina a ler, a escrever e a contar. Trata-se de um ambiente de socialização, de desenvolvimento da cidadania, onde não se pode admitir que o direito individual de ser educado sem ser vitimizado seja negligenciado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopes Neto AA. Bullying – comportamento agressivo entre estudantes. *J Pediatr (Rio J)*. 2005 Nov; 81 (5): 164-70.
2. Pittet I, Berchtold A, Akre C, Michaud PA, Suris JC. Are adolescent with chronic conditions particularly at risk for bullying? *Arch Dis Child* 2010 Sep; 95 (9): 711-6.
3. Lyznicky JM, McCaffree MA, Robinowitz CB. Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician* 2004 Nov; 70 (9): 1723-8.
4. Almeida KL, Silva AC, Campos JS. Importância da identificação precoce da ocorrência do bullying: uma revisão de literatura. *Rev Pediatr* 2008 Jan-Jun; 9 (1): 8-16.
5. Bond L, Carlin JB, Thomas L, Rubin K, Patton G. Does bullying cause emotional problems? A prospective study of young teenagers. *BMJ* 2001 Sep 1; 323 (7311) :480-4.
6. Carvalhosa SF, Moleiro C, Sales C. A situação do bullying nas escolas portuguesas. *Revista Interações*. 2009; 5 (13):125-46.
7. Due P, Holstein BE, Lynch J, Diderichsen F, Gabhain SN, Scheidt P, et al. Bullying and symptoms among school-aged children: international comparative cross sectional study in 28 countries. *Eur J Public Health* 2005 Apr; 15 (2): 128-32.
8. Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B, editors. *Current diagnosis and treatment in psychiatry*. New York, NY: McGraw-Hill; 2000.
9. Pereira B, Silva MI, Nunes B. Descrever o bullying na escola. *Rev Diálogo Educ*. 2009 Set-Dez; 9 (28): 455-66.
10. Gini G, Pozzoli T. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 2009 Mar ; 123 (3): 1059-65.
11. Van der Wal MF, de Wit CA, Hirasing RA. Psychosocial health among young victims and offenders of direct and indirect bullying. *Pediatrics* 2003 Jun; 111 (6 Pt 1): 1312-7.
12. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychol Med* 2010 May; 40 (5): 717-29.
13. Bandeira CM, Hutz CS. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Psicol Esc Educ*. 2010 Jan-Jun; 14 (1): 131-8.
14. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. *Recomendações para a prática clínica da saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: CNSM; 2009.
15. Fekkes M, Pijpers FI, Verloove-Vanhorick SP. Effects of antibullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006 Jun; 160 (6): 638-44.
16. Lamb J, Perler DJ, Craig W. Approach to bullying and victimization. *Can Fam Physician* 2009 Apr; 55 (4): 356-60.
17. Direção-Geral de Saúde. *Programa Nacional de Saúde Escolar. Circular Normativa 7/DSE*. Lisboa: DGS; 2006.
18. Figueiredo M. *Enfermagem de Família: um contexto do cuidar [dissertação de doutoramento]*. Porto: Universidade do Porto; 2009.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não existir conflitos de interesse na elaboração deste artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Diana Carneiro
Rua S. José nº 140 – Balasar
4570-055 Póvoa de Varzim
E-mail: dianaacarneiro@gmail.com

Recebido em 06/03/2012

Aceite para publicação em 02/04/2012



ABSTRACT

«I REFUSE TO GO TO THAT SCHOOL» – A CASE REPORT OF BULLYING

Introduction: School violence is a public health problem with serious individual and social consequences. This case report aims to alert family doctors to the high prevalence of bullying and to emphasize the importance of their involvement in the prevention, diagnosis, and treatment of the possible consequences of bullying.

Case description: A 15 year old male patient visited his family doctor and complained of aggression by his classmates. He also complained of insomnia, irritability, poor appetite and school refusal.

School officials were not aware of the problem. The school principal reported the case to the child protection services but did not accept the family doctor's justification for school absences or the family's request to transfer the boy to another school. The case was discussed by the family doctor and the head of child protection services. They decided that the adolescent should be enrolled in another school. After integration in the new school, he began to reveal emotional maladjustment with aggressive behaviour against himself and others. He was referred to child psychiatry emergency services. The adolescent revealed depressive symptoms related to school violence.

Comment: The management of bullying requires a multidisciplinary team. The family doctor is uniquely placed to identify risks, advise families, and follow psychiatric co-morbidity. The family doctor should consider bullying when there are unexplained psychosomatic symptoms, school problems, disruptive behaviors or suicidal thoughts. The emphasis should be placed on primary prevention. Family doctors should improve and develop their skills related to the management of bullying.

Keywords: Bullying; Adolescence; Depressive Disorder.
