

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

A Actividade Física e o Bullying em Crianças com Excesso de Peso/Obesas

Mónica Alexandra da Silva Queirós

Porto, 2008

U. PORTO



FACULDADE DE DESPORTO
UNIVERSIDADE DO PORTO

A Actividade Física e o Bullying em Crianças com Excesso de Peso/Obesas

Monografia realizada no âmbito da disciplina de
Seminário do 5º ano da licenciatura em Desporto e
Educação Física, na área de Recreação e Tempos
Livres, da Faculdade de Desporto da Universidade do
Porto

Orientadora: Prof. Doutora Maria Paula Santos
Mónica Alexandra da Silva Queirós

Porto, 2008

Queirós, M. (2008). A Actividade Física e o Bullying em Crianças com Excesso de Peso/Obesas. Porto: M. Queirós. Dissertação de Licenciatura apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Palavras-Chave: ACTIVIDADE FÍSICA; BULLYING; EXCESSO DE PESO; OBESIDADE

I. AGRADECIMENTOS

- Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Paula Santos, por todo o apoio prestado e por, mesmo à distância, nunca me ter deixado sozinha na realização deste estudo com carácter tão importante;
- Aos meus pais, Joaquim e Elisabete, pelo esforço condicional que fizeram durante estes cinco anos para que eu conseguisse chegar ao fim desta meta e, fundamentalmente, por todo o apoio e compreensão;
- Ao meu namorado, Fábio, por nunca me ter deixado desistir, por todo o apoio e ajuda que me deu ao longo deste percurso e, principalmente, por toda a compreensão nos momentos mais difíceis;
- Por fim, e não menos importante, quero agradecer a todos os que tenho orgulho em chamar de amigos (em especial à Ana, ela sabe porquê!) que, directa ou indirectamente, me acompanharam nesta fase da minha vida e me apoiaram sem nunca pensar nas consequências.

A todos vós o meu sincero, muito obrigada!!!

II. ÍNDICE GERAL

I. Agradecimentos	III
II. Índice geral	V
III. Índice de quadros	VII
IV. Índice de figuras	IX
V. Resumo	XI
VI. Abstract	XIII
VII. Abreviaturas e símbolos	XV
1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	7
I – <u>O Sobrepeso e a Obesidade</u>	
1.1- Definição do conceito e classificação	7
1.2- Cálculo do IMC	10
1.3- IMC – limitações e vantagens	13
1.4- Etiologia da obesidade	15
1.5- Consequências da obesidade	18
II – <u>A actividade física (AF) e a obesidade</u>	
2.1- Relação AF e o excesso de peso/obesidade	21
III – <u>O Bullying na escola</u>	
3.1- Definição do conceito	24
3.2- Tipos de bullying	28
3.3- Descrição das crianças vítimas e agressoras	30
3.4- Causas e consequências do bullying	32
3.5- Teorias explicativas da agressividade	34

IV – <u>Investigações sobre o bullying e a obesidade</u>	
4.1- Resultados de alguns estudos	36
3. Conclusões	39
4. Bibliografia	41

III. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Classificação do IMC em adultos (WHO, 2000)	8
Quadro 2: Relação do IMC com a idade e o sexo (Cole et al, 2000)	11

IV. ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Obesidade Genóide (Carvalho, 2002)	9
Figura 2: Obesidade Andróide (Carvalho, 2002)	9
Figura 3: Problemas associados ao excesso de peso e à obesidade (Bray, 2000)	18
Figura 4: Diagrama de Venn (Adaptado por Olweus, 1999)	26

V. RESUMO

A obesidade e o bullying são duas problemáticas bastante actuais na nossa sociedade. São temas que envolvem a população em grande escala, uma vez que o número de crianças e adolescentes com excesso de peso e obesidade esteja a aumentar exponencialmente por todo o mundo.

No que diz respeito às consequências que o excesso de peso e a obesidade acarretam, estas são inúmeras e de várias ordens, entre as quais destacamos os problemas médicos, sociais e psicológicos.

O bullying é uma das consequências sociais da obesidade e é definido como um comportamento agressivo que se manifesta entre os jovens em idade escolar, tem um carácter intencional, prejudicial e persistente, podendo mesmo durar anos.

Existem três componentes no processo de bullying que são o agressor, a vítima e o espectador. Já em relação aos tipos de bullying, consideramos o directo, o indirecto e o cyberbullying.

Deste modo, o objectivo geral do nosso trabalho é reflectir sobre o estado destes temas e como se encontram relacionados, através de uma revisão bibliográfica no âmbito destas problemáticas.

Assim sendo, verificamos que existe uma relação positiva e significativa no que diz respeito às crianças e adolescentes com excesso de peso/obesidade serem mais vezes vítimas de bullying do que os seus pares com peso normal. Em todos os estudos analisados, os obesos foram identificados como os principais alvos dos agressores por serem indivíduos psicologicamente mais sensíveis.

Em suma, como principal conclusão a retirar do nosso trabalho, temos que a obesidade é um dos factores que mais influência tem no bullying em crianças em idade escolar.

Palavras-Chave: ACTIVIDADE FÍSICA; BULLYING; EXCESSO DE PESO; OBESIDADE

VI. ABSTRACT

Obesity and bullying are two of the most recent issues on our society. They are themes that involve population in a massive scale and lead to the increase in the number of children and teenagers who are overweight and obese all around the world.

There are numerous causes on obesity. Nevertheless, we must point demographical, socio-cultural, biological and behavioural factors as the most meaningful.

Regarding its consequences, overweight and obesity can cause lost of diseases, for example, medical, social and psychological problems.

Bullying is one of the social consequences of obesity and it can be defined as an aggressive behaviour which can be seen among young people under school age. It has an intentional, prejudicial and persistent character and it can even happen for years.

There are three elements that must be considered in the bullying process: aggressor, victim and spectator. On what types of bullying are concerned, we must consider direct, indirect and cyber bullying.

Bullying, as well as obesity, has lots of consequences, but suicide is the ultimate and more severe.

Organised physical activity is very important to control and diminish obesity. It is relevant to mention that the diminution on obesity leads to the decreasing on bullying episodes. Although we have come to this conclusion, we found no studies or data which associate these three components. On the researches which relate bullying and obesity, we have concluded that there is, in fact, a positive meaningful connection between children and teenagers who are overweight or obese and bullying. These children are more exposed to bullying than those who have a normal weight.

After analyzing all the bibliography, we concluded that obesity is one of the items that have a stronger relevance on bullying, regarding children under school age.

Key – Words: PHYSICAL ACTIVITY; BULLYING; OVERWEIGHT; OBESITY

VII. ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ACSM – American College of Sports Medicine

AF – Actividade física

AFs – Actividades físicas

DCV – Doenças cardiovasculares

GET – Gasto energético total

IMC - Índice de Massa Corporal

WHO – World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

Nas sociedades actuais, pelo desenvolvimento constante dos meios técnicos e científicos, verificam-se inúmeras alterações culturais, levando a que ocorram acontecimentos positivos e negativos em todos os meios. A obesidade é um dos acontecimentos que se tem verificado em todo o mundo, sendo mesmo considerado pela Organização Mundial da Saúde, como uma epidemia mundial.

Apesar de a obesidade ser um problema de saúde pública com extrema importância e relacionar-se com outros factores, decidimos focar a sua relação com o bullying, por ser um tema que, apesar de ainda não estar muito desenvolvido, é evidente no nosso dia-a-dia.

O bullying e a obesidade são dois fenómenos que surgem de forma frequente nas escolas e que são associados a distúrbios psicossociais, tais como a ansiedade, sensações depressivas, solidão, baixa auto-estima e problemas comportamentais (Hawker & Boulton, 2000).

Entendemos a obesidade como uma acumulação excessiva de gordura no tecido adiposo, que resulta de um desequilíbrio entre a energia adquirida e a consumida, sendo a adquirida superior à consumida (Malina, 2001). No entanto, ainda não existe uma definição consensual do tema e, para a World Health Organization (WHO, 2000), a obesidade é uma condição anormal de excesso de gordura acumulada no tecido adiposo que coloca em perigo a saúde.

Já de acordo com o American College of Sports Medicine (ACSM, 2005), é definida como sendo a quantidade percentual de gordura corporal acima do qual o risco de doença aumenta, ou seja, a obesidade corresponde a um aumento exagerado de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo.

Na generalidade, obesidade é definida de acordo com os valores do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo este de ser igual ou superior a 30kg/m². As pessoas com excesso de peso situam-se entre os 25 e 30kg/m² como valores de IMC (WHO, 2000).

Os factores causadores do excesso de peso e da obesidade são bastantes e de várias ordens, no entanto destacamos os considerados por Salbe e Ravussin (2003):

- Factores demográficos (idade, género e etnia);
- Factores sócio-culturais (nível de educação e rendimento e estado civil);
- Factores biológicos (gravidez);
- Factores comportamentais (dieta, fumar, álcool e actividade física).

Apesar destes factores apresentados serem importantes, não nos podemos esquecer que a obesidade é determinada a longo prazo pelo balanço entre o consumo calórico e o gasto energético (Dietz, 2001).

Pessoas com excesso de peso ou obesos correm um risco elevado de desenvolverem problemas médicos, sociais e psicológicos, tais como, distúrbios no sono, distúrbios alimentares, hipertensão, alguns cancros, hiperlipedemia, diabetes mellitus, osteoartites e alterações de humor (Bray, 2000).

Para além destas consequências de natureza física, as de ordem social também têm grande relevância e verificam-se em vários domínios tais como o emprego, a educação e o quociente de inteligência (QI), o nível socioeconómico e as relações interpessoais (Puhl et al., 2000).

Após verificarmos o conceito de obesidade e tudo o que envolve o mesmo, verificamos que a actividade física (AF) surge neste contexto com um papel fundamental, pois será a realização de AF regular que irá contribuir em larga escala para atenuar esta epidemia mundial, não podendo ser encarada como uma fórmula mágica que funcionará para todo o mundo, acabando com a obesidade. Ajudará de um modo gradual e seguro na manutenção de um peso corporal apropriado a cada pessoa e, isso sim, é o mais importante num momento destes (Nahas, 1999).

A interpretação do conceito de AF e de exercício físico não é alvo de consenso na literatura pois são muitas vezes utilizados como sendo a mesma coisa, quando de facto não o são. Deste modo, o termo AF refere-se a todo o movimento corporal produzido pela acção dos músculos esqueléticos e que

resulta do dispêndio de energia (Bouchard, Shephard & Stephens, 1993) e o exercício físico é aquele que se pratica nos clubes desportivos, ginásios e instituições e afins, que necessita de mais condições, mas traz benefícios adicionais em relação á AF espontânea (Barata, 1997).

No que diz respeito ao bullying, este foi desenvolvido por Olweus (Noruega) e Smith (Inglaterra) fazendo hoje parte dos instrumentos teóricos fundamentais nos estudos sobre comportamentos agressivos, designadamente no contexto escolar. Caracteriza-se por ser um comportamento agressivo que se manifesta entre os jovens em idade escolar, que tem um carácter intencional, prejudicial e persistente, podendo mesmo durar anos (Ferreira, 2000).

Existem essencialmente dois tipos de bullying, o directo e o indirecto (Olweus, 1991), sendo que o directo pode ser físico ou verbal. Existe ainda e, cada vez mais importante, o cyberbullying em que as vítimas muitas vezes se tornam agressoras (Campbell, 2005).

No bullying temos sempre um agressor e uma vítima que se caracterizam tendo em conta a idade, o aspecto físico e a dimensão da personalidade, verificando-se diferentes tipos em ambos os casos (Olweus, 1998 & Ortega, 1994).

Já Ballone (2005) acrescenta ainda um espectador que se caracteriza por ser alguém que visualiza o acto de bullying, mas que não participa directamente nem o denuncia.

O bullying apresenta inúmeras causas e consequências, sendo que a mais grave é mesmo o suicídio, consequência essa que pode ser directa ou indirectamente associada a esse fenómeno (Smith & Madsen, 1996, citado por Pereira, 2002).

Uma pesquisa realizada em Portugal com sete mil estudantes mostrou que um em cada cinco alunos (22%), com idades entre os seis e dezasseis anos, já foi vítima de bullying na escola. A mesma pesquisa mostrou que os locais mais comuns de ocorrência de maus-tratos são os recreios (78%), seguindo-se os corredores (31,5%) (Almeida, 2003).

Existem algumas teorias que explicam a ocorrência de bullying que são as teorias activas (teoria da bioquímica, a psicanalítica e a etológica) e as teorias reactivas (frustração – agressão e aprendizagem social) (Mackal, 1983, citado por Cunha, 2005).

Apesar da obesidade e do bullying serem problemas bastante graves na nossa sociedade, os estudos associando estas duas vertentes não são ainda muito frequentes. No entanto, os já realizados indicam que existe uma relação positiva e significativa entre os dois conceitos, sendo que as crianças com excesso de peso ou obasas, sofrem muito mais de bullying pelos seus pares que as de peso normal (Must & Strauss, 1999; Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story, 2003; Pearce, Boergers & Prinstein, 2002; Janssen, Craig, Boyce & Pickett, 2004; Sjöberg, Nilsson & Leppert, 2005 e Zeller, Reiter-Purtill & Ramey, 2007).

Deste modo, o objectivo geral do nosso trabalho é reflectir sobre o estado destes temas e como se encontram relacionados.

Relativamente à estrutura externa, este trabalho divide-se em quatro capítulos.

O primeiro capítulo, refere-se a esta parte do trabalho, em que procedemos a uma breve introdução, onde demos ênfase ao estado da arte, definimos um quadro de problemas que sustenta a formulação e pertinência do estudo em causa, apresentando os objectivos e a sua estrutura.

Seguidamente anunciamos a revisão da literatura, onde discorremos sobre o estado de conhecimento do tema estudado, dando privilégio à literatura mais actual, não descuidando a contextualização histórica do tema. Como o trabalho em causa se baseia somente numa revisão da literatura, esta é a parte mais importante do nosso trabalho.

No capítulo seguinte (capítulo 3) apresentamos uma breve conclusão do trabalho que será referente aos objectivos do trabalho proposto, tendo sempre em atenção o facto de o trabalho ser baseado numa revisão bibliográfica.

Para terminar temos a bibliografia consultada que figura no capítulo quatro, onde se encontram as referências bibliográficas citadas ao longo deste trabalho. A sua listagem será feita por ordem alfabética, sob o sistema autor/data.

2. REVISÃO DA LITERATURA

I – TROBREPESO E A OBESIDADE

1.1 – Definição do conceito e classificação

Com o passar das duas últimas décadas, a prevalência do excesso de peso e da obesidade infantil tem vindo a aumentar em larga escala, por todo o mundo (Tremblay, Katzmarzyk & Willms, 2002; World Health Organization, 1998). Existem estudos que defendem mesmo que, neste período, a prevalência de crianças e adolescentes obesos aumentou para o dobro os seus valores (Bundred, Kitchiner & Buchan, 2001; Reilly & Dorosty, 1999).

Muito mais do que uma questão estética, o excesso de gordura corporal (excesso de peso e obesidade) é uma questão de saúde pública. É reconhecida como uma doença e considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma epidemia a nível mundial (WHO, 2000).

Neste século, a alimentação mudou de alimentos frescos com predominância vegetal, para uma dieta rica em produtos refinados, na sua maioria de origem animal. Como consequência, a maior parte da população ingere calorias e gorduras em excesso, muito açúcar refinado e sal, pouco amido e fibras. Juntamente a este facto, a evolução tecnológica permitiu que a população poupe energia no trabalho, na locomoção e em casa. O resultado não podia ser outro que não, uma população mundial com um aumento de peso significativo (Nahas, 1999).

Apesar de nos dias de hoje não haver ainda uma definição consensual, a obesidade pode ser definida como uma acumulação excessiva de gordura no tecido adiposo, como resultado de um desequilíbrio entre a energia adquirida e a consumida, sendo a adquirida superior à consumida (Malina, 2001).

Segundo a WHO (2000), a obesidade é uma condição anormal de excesso de gordura acumulada no tecido adiposo que coloca em perigo a saúde.

Já de acordo com o American College of Sports Medicine (ACSM,2005), é definida como sendo a quantidade percentual de gordura corporal, acima do qual o risco de doença aumenta, ou seja, a obesidade corresponde a um aumento exagerado de reservas lipídicas armazenadas no tecido adiposo. Esta doença constitui uma grande ameaça para a saúde e um factor de risco para a ocorrência ou agravamento de outras doenças, exigindo esforços contínuos para ser controlada (Direcção – Geral da Saúde, 2005).

Na generalidade, obesidade é definida de acordo com os valores do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo este de ser igual ou superior a 30kg/m². As pessoas com excesso de peso situam-se entre os 25 e 30kg/m² como valores de IMC (WHO, 2000). Deste modo, estima-se que na Europa, metade dos adultos com idades entre os 35 e 65 anos, têm excesso de peso ou são obesos (Seidell, 2000).

Quadro 1: Classificação do IMC em adultos (WHO, 2000)

Valores de IMC	Classificação	Descrição física	Risco de comorbilidade
<18,5	Abaixo do peso	Magro	Baixo
18.5 – 24,9	-	“Saudável”, “normal” ou “peso aceitável”	Médio
25,0 – 29,9	Pré-obesidade	Excesso de peso	Aumentado
30,0 – 34,9	Grau 1 de obesidade	Sobrepeso	Moderado
35,0 – 39,9	Grau 2 de obesidade	Obeso	Grave
≥ 40,0	Grau 3 de obesidade	Obesidade mórbida	Muito grave

Se para classificar a obesidade nos adultos, os valores do IMC são suficientes, nas crianças e adolescentes a tarefa torna-se mais difícil, uma vez que nestas, a idade e o estado de maturação são indicadores que devem ser tidos em conta (Power, Lake & Cole, 1997). Deste modo foram criadas por Cole e seus colaboradores, umas tabelas muito úteis que são frequentemente

utilizadas, visto que, os pontos de corte que propõem podem ser utilizados globalmente de forma válida e permitem fazer comparações internacionalmente (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000).

Outra forma de classificar a obesidade é em hiperplásica (quando associada a um elevado número de células adiposas) ou hipertrófica (quando as células aumentam demasiado o seu tamanho), ou ambos os casos, sendo que o aparecimento da obesidade hiperplásica na infância torna ainda mais elevado o risco de obesidade na idade adulta, pois o número de células adiposas na idade adulta é estabelecido no final da adolescência e dificilmente poderá diminuir (Carvalho, 2002).

De acordo com Carvalho (2002), quando a gordura se concentra na região subcutânea (abaixo da pele), particularmente da cintura para baixo, designa-se de obesidade genóide. Este tipo de obesidade acomete mais a mulher, chamada também de obesidade em forma de “pêra” ou ainda, obesidade subcutânea. Quando a gordura se concentra no abdómen, profundamente entre as vísceras, é designada de obesidade andróide. Este tipo de obesidade acomete mais os homens, sendo também designada de obesidade em forma de “maçã” ou ainda, obesidade visceral e está mais relacionada com o risco cardiovascular.

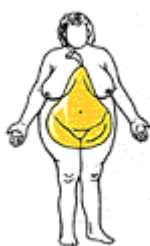


Figura 1: Obesidade Genóide (Carvalho, 2002)



Figura 2: Obesidade Andróide (Carvalho, 2002)

1.2- Cálculo do IMC

Com o aumento da prevalência da obesidade infantil por todo o mundo, tornou-se necessário haver uma forma de quantificar os valores, de modo a serem entendidos internacionalmente. Deste modo, foi criada a fórmula do IMC, para responder a essa exigência (Cole et al., 2000).

O IMC é calculado através da divisão do peso pelo quadrado da altura (peso/altura²) e esta fórmula é amplamente usada na população adulta, sendo o ponto de corte 30kg/m² reconhecido internacionalmente como uma definição de obesidade adulta (WHO, 1995).

Apesar deste índice de indicador da adiposidade ser bastante utilizado na população adulta, também o é nas crianças e jovens, sendo nesta população a principal medida de determinação do excesso de peso e da obesidade (Lobstein, Baur & Uauy, 2004). No entanto, entre adultos e crianças e jovens, existe uma diferença substancial pelo facto do crescimento e a maturação produzirem efeitos sobre a gordura corporal, justificando o facto de os pontos de corte se ajustarem à idade e ao sexo dos sujeitos (Power et al., 1997).

No âmbito da classificação do excesso de peso e da obesidade, Cole e os seus colaboradores realizaram um estudo em que definiram pontos de corte para esta população, aceites internacionalmente, em função do sexo e da idade. Neste estudo participaram seis amostras representativas, cada uma delas com cerca de 1000 sujeitos entre os 6 e os 18 anos, provenientes de países muito diferentes, assumindo-se que o excesso de peso se verifica quando o IMC aos 18 anos ultrapassa os 25 Kg/m² e a obesidade quando o IMC ultrapassa os 30 Kg/m² (Cole et al., 2000). O quadro seguinte demonstra esta relação.

Quadro 2: Relação do IMC com a idade e o sexo (Cole et al, 2000)

Idade (anos)	<i>Excesso de peso</i>		<i>Obesidade</i>	
	Rapazes	Raparigas	Rapazes	Raparigas
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,55
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,50	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29

16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25	25	30	30

1.3- IMC – limitações e vantagens

De acordo com Jebb e Wells (2000) apoiados por vários autores, o uso do IMC apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, embora a altura e o peso possam ser avaliadas de forma precisa, quando são medidas relatadas pela própria pessoa há uma grande probabilidade de estarem erradas, pois as pessoas tendem a indicar valores mais elevados para a altura e valores mais baixos para o peso. Em segundo lugar, este valor não nos transmite nenhuma informação sobre a composição do excesso de peso, não se conseguindo verificar se este é devido à massa gorda ou à massa muscular. A correlação do IMC com outras medidas específicas de massa gorda, levaram à criação de equações que transformam o IMC num valor de massa gorda estimado, no entanto, este procedimento oferece pouca, ou mesmo, nenhuma vantagem e o valor absoluto de massa gorda varia mediante a equação utilizada.

Ainda a acrescentar que existem determinadas situações em que o valor do IMC pode ser falacioso, na medida em que determinados parâmetros, como a idade, as diferenças raciais, os efeitos do exercício e a perda de peso, contribuem em larga escala para as alterações desse valor (Jebb & Wells, 2000).

De acordo com a WHO (2000), o IMC é uma medida que tem de ser utilizada com algum cuidado tendo em conta que estes valores variam substancialmente com a idade do sujeito, sendo esta a sua principal limitação.

Apesar das limitações referidas anteriormente, o IMC apresenta vantagens, levando a que seja a medida mais utilizada nos estudos sobre o excesso de peso e a obesidade, sendo que é um método de fácil aplicação e de recolha de dados (Lobstein et al., 2004).

O IMC é um instrumento bastante útil que pode ser utilizado para nos indicar a prevalência ponderal de uma população, assim como nos pode indicar o status nutricional (Bailey & Ferro-Luzzi, 1995). A importância deste índice é que apresenta uma relação directa com a mortalidade, ou seja, à medida que o IMC aumenta os seus valores através do moderado e acentuado excesso de

peso, o mesmo acontece com o aumento do risco de probabilidade de ocorrerem doenças cardiovasculares, alguns cancros, diabetes *millitus*, cálculos vesiculares, osteoartrite e doenças renais (McArdle, Katch & Katch, 2003).

Apesar de um dos pontos fracos ser a interpretação de indivíduos com elevada massa muscular ou de edemas como se fosse excesso de gordura (Nahas, 1999), o IMC tem como vantagens ser um método barato, de fácil aplicação, que pode ser aplicado em grandes amostras, sendo sensível e específico na identificação de indivíduos com adiposidade corporal excessiva, tornando-se o índice clínico mais utilizado para definir a obesidade (Coutinho, 1998).

1.4- Etiologia da obesidade

As causas etiológicas da obesidade nas crianças e jovens são de natureza complexa e multifactorial, no entanto, alguns estudos realizados indicam-nos os seguintes factores como os responsáveis pela aquisição e desenvolvimento da obesidade (Salbe & Ravussin, 2003):

- Factores demográficos

- Idade: o peso aumenta à medida que a idade avança até cerca dos 50 – 60 anos, nos homens e nas mulheres;
- Género: as mulheres apresentam valores de obesidade mais elevados que os homens, especialmente a partir dos 50 anos de idade;
- Etnia: existem largas variações entre grupos étnicos, não havendo uma correlação lógica.

- Factores sócio – culturais

- Nível de educação e rendimento: nos países industrializados, o nível de obesidade é superior aos países que apresentam baixo nível educacional e de rendimentos;
- Estado civil: o peso tende a aumentar com o casamento.

- Factores biológicos

- Gravidez: o IMC aumenta com o número de filhos que as mulheres têm, mas provas recentes sugerem que, esta contribuição é em média pequena, em menos de 1kg por gravidez. Muitos estudos confundem as mudanças do peso devido à idade com as mudanças de peso devido à gravidez (Williamson, Madans, Pamuk, Flegal, Kendrick & Serdula, 1994).

- Factores comportamentais

- Dieta: apesar de ser claro que a nutrição tem uma importância crítica no estabelecimento de um balanço energético positivo, a investigação neste tópico não tem sido fácil de interpretar por causa do constante aumento dos níveis de

obesidade, sendo que estes não se encontram bem definidos. Ainda se pode afirmar que pequenos desvios no balanço energético dão origem a grandes diferenças do peso corporal, a longo prazo. Os erros metodológicos na determinação do consumo energético podem ser demasiado grandes para permitir a detecção dos determinantes nutricionais da obesidade (Seidell, 1997);

- Fumar. Parar de fumar aumenta o peso corporal, acontecendo o oposto com os fumadores. As associações entre fumar e a obesidade variam consideravelmente entre as populações (Molarius, Seidell, Kuulasmaa, Dobson & Sans, 1997);

- Consumo de álcool: o efeito do consumo não é claro na maioria das populações, no entanto, o consumo moderado de álcool é associado a um elevado peso corporal (Prentice, 1995);

- Actividade física: as pessoas que permanecem ou se tornam sedentárias são mais pesadas do que os fisicamente activos.

Apesar destes factores apresentados serem importantes, não nos podemos esquecer que a obesidade é determinada a longo prazo pelo balanço entre o consumo calórico e o gasto energético (Dietz, 2001).

Tendo em conta todos os problemas que a obesidade causa na infância e adolescência, Barbosa (2004), considerou como principais factores que contribuem para o desenvolvimento da obesidade, os factores internos ou biológicos e os factores externos ou ambientais. Os factores internos abrangem factores de natureza genética e do metabolismo. Por sua vez, os externos abrangem os factores de natureza alimentar, psicológica e os relacionados com a actividade física (AF). Como sabemos que os factores ambientais são aqueles que podem ser modificados, podendo ser alvo de programas de intervenção, parece-nos pertinente esta classificação.

A má alimentação e a inactividade são os factores que mais contribuem para o excesso de peso e obesidade de acordo com a WHO (2005), sendo que também são os responsáveis pela maior parte das doenças não transmissíveis. Ainda de acordo com esta organização (WHO, 2003), o que levou a que as

taxas de obesidade triplicassem, desde 1980, foi o aumento do consumo de alimentos de maior densidade energética, pobres em nutrientes e com elevado teor de açúcar e gorduras saturadas.

Confirmando os factores referidos anteriormente por Barbosa (2004) e Lobstein et al. (2004), estes defendem que a obesidade é um problema sobretudo de natureza ambiental, pois o aumento da sua prevalência ocorreu num período demasiado curto para poder ser atribuído a uma mutação genética.

Actualmente nos países desenvolvidos, existe um ambiente “obsoenico”, ou seja, as crianças e adolescentes estão rodeados por um ambiente em que a comida e as bebidas estão totalmente disponíveis, sendo poucas as pessoas que têm trabalhos ou realizam tarefas que requeiram grandes esforços físicos. Cada vez mais as pessoas utilizam o carro próprio como único meio de transporte, as tarefas domésticas são cada vez mais realizadas por máquinas, o aumento do consumo de “fast-food” e a falta de segurança levou a que as crianças não brinquem nas ruas, nem se desloquem para a escola a pé ou de bicicleta, estando constantemente a ver televisão ou no computador (Lobstein et al. (2004).

Torna-se então evidente que é necessário fazer algo para reduzir esta epidemia e que isso passa por promover a AF regular aliada a uma alimentação saudável, criando um ambiente que suporte estes comportamentos (CDC; 2005).

1.5- Consequências da obesidade

“Quando eu era criança, estava doente e faltei à escola um dia. A professora, ao fazer a chamada, quando passou pelo meu nome disse: Se calhar ficou em casa para comer!”

“Lembro-me de um incidente quando estava no 6º ano, em que a minha professora estava a ver o meu último trabalho escrito e anunciou para toda a turma que a minha escrita era como eu: gorda, pequena e doente!”

(Testemunhos de duas mulheres que estão a realizar tratamentos psíquicos)

Pessoas com excesso de peso ou obesas correm um risco elevado de desenvolverem problemas médicos, sociais e psicológicos, como os indicados na figura seguinte (Bray, 2000).

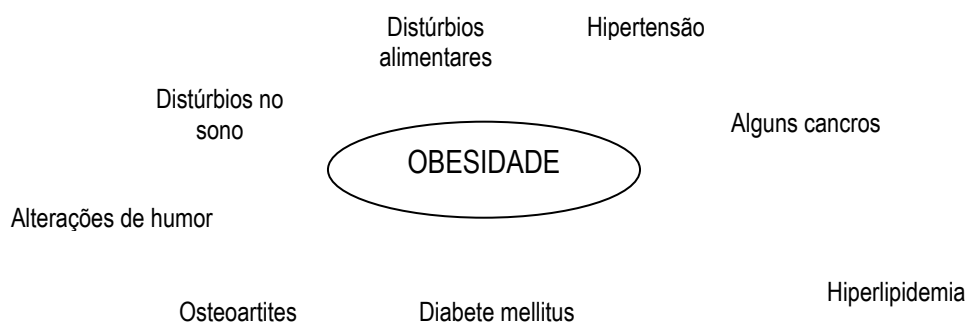


Figura 3: Problemas associados ao excesso de peso e à obesidade (Bray, 2000)

De acordo com Lobstein et al. (2004), a maior parte dos sistemas orgânicos são afectados pela obesidade severa e que, para além das consequências físicas durante a infância e adolescência, existem inúmeros problemas a nível respiratório, ortopédico, neurológico, gastroenterológico, endócrino, cardiovascular e, ainda, os problemas de natureza psicológica e social.

A diabetes tipo II, as Doenças Cardiovasculares (DCV) e as desordens menstruais eram doenças que antigamente não se verificavam em crianças, no entanto, nos dias de hoje é cada vez mais frequente encontrar-se estes problemas nesta faixa etária e, apesar deste facto, a maior parte dos problemas causados pela obesidade e pelo excesso de peso somente se verificam na idade adulta (Lobstein et al., 2004).

De acordo com vários estudos realizados sobre a persistência ou *tracking* do excesso de peso da infância e adolescência para a idade adulta, verificaram que as crianças com IMC superiores apresentam uma maior probabilidade de serem obesas no futuro. Deste modo, as correlações verificadas entre os valores de IMC e outros índices de adiposidade, entre os 13-14 anos e os 25-36 anos, variam de 0,46 a 0,91, no caso dos homens e, no caso das mulheres, entre 0,60 a 0,78 (Power et al., 1997).

Por outro lado, a análise de outros estudos indicam-nos que o excesso de peso durante a adolescência está associado ao aumento da mortalidade, principalmente no que diz respeito ao sexo masculino, tendo em conta que as doenças coronárias, a aterosclerose e o cancro do cólon são mais frequentes nestes indivíduos (Power et al., 1997). Ainda de acordo com este autor, os adolescentes do sexo masculino obesos apresentam uma taxa de mortalidade por todas as causas de morte, 25% mais elevado que nas outras pessoas.

No nosso país, os problemas da obesidade são semelhantes aos referidos anteriormente e já se implementou um *Programa Nacional de Combate à Obesidade*, tendo como objectivo o desenvolvimento de uma cultura promocional de um peso saudável através de uma cooperação intersectorial. Apesar deste facto, esta cooperação intersectorial não engloba nenhuma entidade relacionada com as Ciências do Desporto ou a Actividade Física, facto este que nos surpreende (Almeida, 2006).

Relativamente às consequências sociais, os estudos indicam-nos que existe uma relação directa entre a obesidade e os problemas de ordem social em vários domínios da vida, tendo os obesos de ultrapassar vários obstáculos no dia-a-dia e inúmeras ameaças ao seu bem-estar e saúde (Puhl, Henderson & Brownell, 2000).

As consequências sociais verificam-se em vários domínios tais como (Puhl et al., 2000):

- Emprego: é mais difícil um indivíduo obeso ser empregue em comparação com um de peso normal;

- A educação e o QI: não existem muitos estudos nesta área mas os que existem dizem parecer mais difícil um aluno obeso ter sucesso que um não obeso, tendo em conta que os obesos não são bem aceites na comunidade escolar;

- Nível socioeconómico: vários estudos demonstraram que os indivíduos obesos têm maior probabilidade de apresentar um baixo nível socioeconómico;

- Relações interpessoais: as pessoas obesas apresentam experiências negativas com a maior parte das relações, ou seja, quer com a família, os pares e as relações amoras, os índices de sucesso são mais baixos.

As causas sociais da obesidade são bastantes reais e ocorrem em múltiplas áreas, afectando a saúde e o bem-estar de cada indivíduo obeso (Puhl et al., 2000).

II – ACTIVIDADE FÍSICA (AF) E A OBESIDADE

2.1– Relação entre a AF e o excesso de peso/obesidade

A interpretação do conceito de AF e de exercício físico não é alvo de consenso na literatura pois são muitas vezes utilizados como sendo a mesma coisa e não o são. Deste modo, o termo AF refere-se a todo o movimento corporal produzido pela acção dos músculos esqueléticos e que resulta do dispêndio de energia, sendo que a AF de lazer é definida como uma AF realizada em tempo livre e que leva a um aumento do dispêndio energético total (Bouchard, Shephard & Stephens, 1994). Os mesmos autores referem que a AF regular é muito importante na prevenção de várias doenças, sendo fundamental na manutenção ou diminuição do peso corporal.

A AF pode classificar-se essencialmente em AF espontânea e organizada ou exercício físico. A AF espontânea é aquela que se encontra integrada nos hábitos de vida diários, tais como, andar a pé, subir escadas, passatempos ou profissões fisicamente activas, levar os filhos ou os animais a passear, entre outras. Por sua vez, a AF organizada ou exercício físico, é aquela em que se pratica nos clubes desportivos, ginásios e instituições afins. Necessita de mais condições mas traz benefícios adicionais em relação á AF espontânea (Barata, 1997).

Os promotores de saúde e da AF têm que estar atentos a dois pontos, em que por um lado ao aumento do peso das populações mas também á promoção da AF, tornando-se extremamente necessário a promoção desta, independentemente da sua contribuição ou não do peso corporal (Sardinha & Teixeira, 1995).

O peso corporal é mantido ou modificado em função do equilíbrio entre o consumo (ingestão calórica) e o gasto energético (AF, dormir, respirar, etc.). Deste modo, a AF é muito importante no gasto energético total (GET), na medida em que utiliza “calorias externas” que, normalmente, seriam armazenadas como gordura. Tanto a ingestão excessiva de alimentos, como o baixo nível de AF (característica predominante das sociedades urbanas

contemporâneas), levam a que ocorra um acumular progressivo de energia sob a forma de gordura corporal (Nahas, 1999).

O excesso de massa gorda de uma dada população pode resultar de um conjunto alargado de factores, tais como a má nutrição, e a ausência de AF, bem como factores genéricos e metabólicos (Hill & Melanson, 1999). Deste modo, estilos de vida activos conjugados com outros comportamentos positivos são considerados benéficos para a saúde e vice-versa. Os dados para a população Portuguesa apontam-nos nesse sentido, verificando-se que, uma percentagem bastante elevada de alunos das nossas escolas, apresentam valores indicadores de sobrecarga ponderal, ou mesmo de obesidade (Sardinha, Matos & Loureiro, 1999).

Tendo em conta a importância da AF como factor de prevenção, será importante referir qual a quantidade mínima exigível num contexto de melhoria da saúde. Esse facto é uma tarefa particularmente complexa e sensível nos jovens, sendo que actualmente são perspectivadas duas recomendações gerais e uma subsidiária (Cavill, Biddle & Sallis, 2001):

- As crianças e jovens devem participar em actividades físicas (AFs) de carácter moderado a intenso, no mínimo uma hora por dia;
- As crianças que apresentam índices de sedentarismo, devem participar em AFs moderadas a intensas pelo menos 30 minutos diários.

A recomendação subsidiária sugere que:

- No mínimo duas vezes por semana, algumas das actividades recomendadas, devem ter em conta um reforço e/ou manutenção da força muscular, da flexibilidade, promovendo um desenvolvimento da densidade mineral óssea.

De acordo com Bouchard e Blair (1999), o aumento da prevalência do excesso de peso e da obesidade verificado nas ultimas décadas está relacionado com:

- O consumo excessivo de calorias por uma grande parte da população comparado com gerações anteriores, sem que os hábitos de práticas diárias de AF tenham acompanhado essas alterações,

- A quantidade de AF diária é muito reduzida comparada com a ingestão calórica normal, e

- Para outros, apesar da ingestão calórica diária ser baixa comparada com as gerações anteriores, a quantidade de AF realizada é ainda mais baixa.

Deste modo, os mesmos autores defendem que o excesso de peso e a obesidade podem ser prevenidas tendo em conta que o ambiente e o estilo de vida têm um forte impacto no peso corporal e, para as mesmas características genéticas é possível manter o IMC normal ou tornar-se obeso.

A AF não pode ser encarada como uma fórmula mágica que funcionará para todo o mundo, acabando com a obesidade, mas ajudará de um modo gradual e seguro na manutenção de um peso corporal apropriado a cada pessoa e, isso sim, é o mais importante num momento destes (Nahas, 1999).

Nos dias de hoje, o trabalho e as tarefas diárias estão directamente relacionados com a diminuição dos níveis de AF, sendo que o modo de vida sedentário que a população adquiriu levou a que a prática de exercício fosse delegada para segundo plano (Bouchard & Blair, 1999).

Apesar dos factores referidos, estudos realizados indicam-nos que não existe somente um factor a condicionar a prática de AF, mas sim um conjunto de factores que levam os jovens a ser praticantes ou não (Sallis, 1995).

Deste modo, a AF pode ser determinada por factores biológicos (género, idade, IMC); factores psicológicos (personalidade, auto-eficácia, intenção de ser activo, barreiras para a AF, imagem corporal, entre outras); factores sociais (amigos, família e treinadores); factores ambientais (características do bairro, acessibilidades e facilidades para a prática); e por factores comportamentais (álcool, tabaco, horas passadas a ver televisão, horas passadas a dormir, entre outras) (Sallis, 1995).

Dos factores mencionados, o género é o factor mais vezes comparado, verificando-se que os rapazes são significativamente mais activos que as raparigas (Sallis, 1995; Sallis, 2000; Mota & Esculcas, 2002).

III – L YULLYING NA ESCOLA

3.1 – Definição do conceito

A violência na escola é um problema actual e que afecta gravemente as crianças, os professores, os pais, os encarregados de educação, os políticos, os responsáveis pela educação e toda a comunidade em geral (Pereira, 2002). A mesma autora refere que, o fenómeno do bullying tem vindo a ser objecto de estudo em vários países pois trata-se de um problema bastante grave e cada vez mais pertinente em todo o mundo.

O conceito de bullying foi desenvolvido por Olweus (Noruega) e Smith (Inglaterra) fazendo hoje parte dos instrumentos teóricos fundamentais nos estudos sobre comportamentos agressivos, designadamente no contexto escolar (Ferreira, 2000) e caracteriza-se por ser um comportamento agressivo que se manifesta entre os jovens em idade escolar, que tem um carácter intencional, prejudicial e persistente, podendo mesmo durar anos. Deste modo, podemos definir o comportamento de bullying como a violência constante, que pode ser física ou mental, dirigida por um indivíduo ou por um grupo de indivíduos, dirigida a outro indivíduo incapaz de se defender. Os agressores e as vítimas encontram-se em idade escolar e, normalmente este fenómeno ocorre em ambiente escolar (Piedra, Lago & Massa, 2006).

Existem cinco áreas a ter em consideração quando se quer definir bullying, no sentido de se deverem incluir ou não na definição (Macklem, 2003):

- Se a agressão é indirecta;
- Se há predisposição para ser agressor;
- Se foi um comportamento de bullying ocasional ou repetido no tempo;
- Se assédio, como se encontra definido legalmente, deve ser incluído;
- Se o gozo também deve ser incluído.

Uma outra definição para bullying é que se trata de uma acção física ou verbal com intenções prejudiciais que provoca angústia nas vítimas, sendo repetida ao longo do tempo e envolvendo um poder diferencial entre os bullies ou agressores e as suas vítimas (Craig & Pepler, 2003).

Smith e Morita (1999) consideram que o bullying é uma subcategoria do comportamento agressivo, mas com alguma particularidade, tendo em conta que é dirigido, com frequência, a uma vítima que se encontra incapaz de se defender a si própria de forma eficaz e estes comportamentos podem ser influenciados por vários factores tais como, a família, (relação com os pais e com os irmãos) e as influências culturais como a televisão, jogos de computador e internet (Macklem, 2003).

Nesta categoria estão incluídas as acções físicas como bater, dar pontapés, forçar a dar dinheiro; as verbais (chamar nomes); psicológicas (ameaçar, deixar de propósito um individuo fora do grupo) e sexuais, como por exemplo, o assédio e abuso sexual.

Um aluno torna-se vítima de Bullying quando se encontra sujeito, repetidamente ao longo do tempo, a acções negativas por parte de uma ou mais pessoas, como refere o professor Olweus (1978). De acordo com o mesmo autor, se duas crianças se envolverem em desacatos tendo ambos o mesmo poder físico e mental, este comportamento não é considerado bullying. Para além disto, este autor defende que um comportamento de bullying não tem de ser, necessariamente, um comportamento de violência física (Olweus, 1999).

Ainda Olweus (1999), refere que a violência e o bullying são termos que não têm o mesmo significado e são subcategorias do comportamento agressivo que, apesar deste facto, são dois conceitos que se podem sobrepor já que não existe uma fronteira nítida entre os dois, principalmente, quando o bullying implica a utilização de meios físicos, como bater e dar pontapés. Apesar deste facto, existe uma área notável do bullying sem violência e o contrário também se verifica, isto é, uma grande parte da violência não pode ser caracterizada como bullying. Esta constatação pode ser verificada através do diagrama de Venn (figura 4).

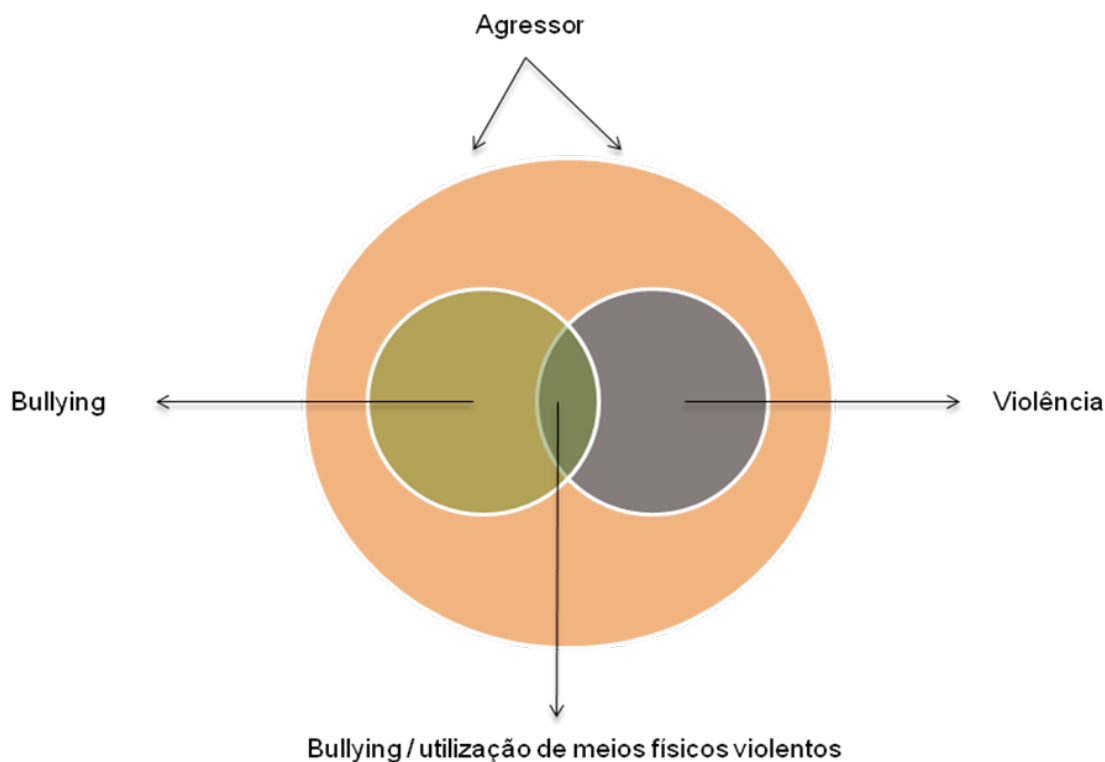


Figura 4: Diagrama de Venn (Adaptado por Olweus, 1999)

Pereira (2002), ao referir que o termo violência não apresenta o mesmo significado que o termo bullying, indica-nos três aspectos a ter em conta quando se caracteriza um comportamento como sendo bullying que são:

- A agressão causada não ocorreu após uma provocação, ou seja, não é necessário alguém provocar o agressor para este agir;
- As intimidações e vitimizações têm um carácter permanente e não ocasional;
- Na maior parte dos casos os agressores apresentam uma constituição física superior às vítimas e recorrem ao uso de armas brancas. As vítimas não se encontram em posição de se defenderem ou de pedir ajuda.

A violência entre pares não acontece só no contexto escolar. No trabalho, é muito frequente verificar-se situações idênticas ao bullying, em que os colegas de trabalho se agridem, sendo que a violência moral (comportamentos ofensivos, humilhantes, desmoralizantes, com o objectivo de

rebaixar os indivíduos) é a mais verificada. O termo designado para este tipo de violência é *mobbing* (Palácios & Rego, 2006). Ainda de acordo com estes autores, quando a violência ocorre entre professores e alunos, é considerado *mobbing* e não *bullying*.

3.2 – Tipos de bullying

Existem essencialmente dois tipos de bullying, o directo e o indirecto (Olweus, 1991).

De acordo com este autor, o **bullying directo** pode ser físico ou verbal:

- Bullying directo e físico, refere-se ao bater ou ameaçar fazê-lo, roubar objectos que pertencem a colegas, danificar objectos dos colegas, roubar dinheiro ou ameaçar fazê-lo, forçar comportamentos sexuais ou ameaçar fazê-lo, obrigar ou ameaçar os colegas a realizarem tarefas para si conta a vontade destes;

- Bullying directo e verbal, inclui insultar, chamar nomes ou colocar alcunhas desagradáveis, gozar, fazer comentários racistas e salientar algum defeito ou deficiência dos colegas.

Por sua vez, o **bullying indirecto**, refere-se à manipulação da vida social dos pares, através da constante exclusão de alguém do grupo, à ameaça de perder a amizade ou exclusão total do grupo de amigos em troca de algo ou como vingança de uma suposta ofensa prévia e, espalhar boatos sobre alguém com a finalidade de destruir a sua reputação.

Actualmente surgiu um novo tipo de bullying, que se designa por **cyberbullying** e que tem sido observada cada vez com mais frequência por todo o mundo (Campbell, 2005).

Segundo Belsey (2004), esta forma de bullying está relacionada com o uso da tecnologia de informação e comunicação, nomeadamente, os e-mails, telemóveis, mensagens, fotos digitais, sites pessoais difamatórios, actos infamatórios on-line, entre outros, como forma de adopção de comportamentos deliberados, repetidos e hostis, por parte de um indivíduo ou grupo de indivíduos, que tem como finalidade causar danos a outro ou outros. Uma situação que se verifica muitas vezes na Internet, é que os agredidos passam a agressores, utilizando o anonimato, para se vingarem dos seus agressores, permitindo que na Internet não seja necessariamente o mais forte a agredir o mais fraco.

Na perspectiva de outros autores (Piedra et al., 2006), o bullying apresenta-se das seguintes formas:

- Violência física: diversas formas de agressão (empurrões, socos, pontapés, agressões com objectos) e os ataques à propriedade;
- Violência verbal: colocar alcunhas, insultar, ridicularizar, responder com modos incorrectos, fazer comentários racistas, menosprezo público e salientar ou referir um defeito físico ou acção;
- Violência psicológica: acção dirigida a diminuir a auto-estima do indivíduo e fomentar a sua sensação de insegurança e receio;
- Violência social: principalmente na forma de propagação de rumores negativos e humilhantes que pretendem a sua exclusão e isolamento do grupo;
- Violência indirecta: ocorre quando se induz a agressão a um terceiro;
- Abusos sexuais: intimidações e humilhação.

De todas as formas referidas, estes autores indicam que a violência verbal e o isolamento social, são as formas de bullying que ocorrem com mais frequência. De uma forma geral, em todos os casos de bullying, existe sempre presente mais do que uma modalidade de violência envolvida e, a violência psicológica, aparece sempre de forma bem latente e em diferentes graus.

O bullying é um fenómeno que ocorre com crianças e jovens em idade escolar e que apresenta uma grande impacto na sociedade actual (Pereira, 2002). Deste modo, alguns estudos realizados sugerem-nos que os rapazes são mais vezes vítimas de bullying físico do que as raparigas, principalmente quando a vítima é mais fraca que o agressor. Para as raparigas, a sua aparência e a falta de amigas próximas pode torná-las num alvo mais fácil para a vitimização (Smith & Ananiadou, 2003).

3.3 – Descrição das crianças vítimas e agressoras

Os indivíduos relacionados com o fenómeno de bullying não estabelecem pautas de relação interpessoal do mesmo modo. A mesma pessoa pode agir de diversas formas consoante as circunstâncias que a rodeiam, embora existam alguns padrões comuns, independentemente do local e altura da relação (Piedra et al., 2006).

“*O bullying é o abuso sistemático do poder*” (Smith & Sharp, 1994). Quando se verifica que uma criança está constantemente e deliberadamente a ser exposta a acções negativas por parte de um ou mais colegas, podemos afirmar que esta está a ser agredida (bullied) ou vitimizada (victimized) (Olweus, 1999).

Deste modo, de acordo com Olweus (1998) e Ortega (1994), podemos caracterizar o **agressor ou bully** tendo em conta vários aspectos:

- Sexo: a maior parte dos estudos realizados revela que o sexo masculino como o predominante (numa relação de 3 para 1);

- Aspecto físico: condição física forte, embora esta não seja uma característica constante;

- Dimensões da personalidade: padrão relacional agressivo e geralmente violento com os que consideram fracos e cobardes. Normalmente são impulsivos, não têm empatia para com a vítima e não têm sentimento de culpa. Consideram-se líderes e pessoas sinceras, têm uma auto-estima elevada e uma considerável capacidade de afirmação, por vezes sendo provocadores,

- Tipos: consideram-se dois tipos de agressores, o activo, que realiza pessoalmente a agressão, estabelecendo uma relação directa com a vítima e o social-indirecto, que consegue comandar (muitas vezes na sombra), o comportamento dos seus seguidores, aos quais induz a prática de actos violentos e de perseguição aos colegas.

Por sua vez, a **vítima**, caracteriza-se por:

- Sexo: na generalidade as vítimas de bullying apresentam as mesmas proporções para os dois sexos, no entanto, há quem defenda que as meninas são mais vezes as vítimas;

- Aspecto físico: costumam ser frágeis, por vezes com algum tipo de incapacidade;

- Dimensões da personalidade: criam as suas relações interpessoais com timidez que, por vezes, as levam ao isolamento social. Acham-se pouco sinceros, apresentando uma grande tendência para a dissimulação;

- Tipos: existem também dois tipos de vítimas, a activa ou provocadora, que combina um modelo de ansiedade e agressividade, o que é utilizado pelo agressor como desculpa para o seu comportamento. Esta vítima pode agir como agressora, mostrando-se violenta. Normalmente são alunos com problemas de concentração e que se comportam de maneira tensa e irritante. Por vezes são classificados de hiperactivos e provocam reacções negativas numa grande parte dos seus colegas. A vítima passiva é a mais comum, e são indivíduos inseguros, que se mostram pouco e sofrem o ataque em silêncio. Como não respondem ao ataque ou insulto, demonstram um comportamento inseguro e de desprezo para com o agressor.

De acordo com Ballone (2005), para além da vítima e do agressor existe um terceiro interveniente no fenómeno do bullying que é o **espectador**. Este presencia as situações de bullying e não interfere, podendo dever-se ao facto de ser inseguro, tendo receio de sofrer represálias. Outro motivo poderá ser o facto de o espectador sentir prazer com o sofrimento da vítima mas não ter coragem para ser agressor. Os espectadores do primeiro tipo referenciado, apesar de não sofrerem as agressões directamente, muitas vezes sentem-se incomodados com a situação e com a incapacidade de agirem.

O bullying é um problema de ordem mundial, encontrado em toda e qualquer escola, não estando restrito a nenhum tipo específico de instituição (primária ou secundária, pública ou privada, rural ou urbana) em qualquer país (Ballone, 2005).

3.4– Causas e consequências do bullying

São muitas as causas que levam a que crianças e jovens sejam agressores ou vítimas do fenómeno de bullying, no entanto, Pereira (2002) salienta a família como principal agente deste processo.

De acordo com esta autora, toda a envolvência familiar desde, o local de residência, a forma como os pais educam os filhos, o facto de os pais darem aos filhos o que estes querem sem terem de conquistar, o divórcio e mau estar entre os cônjuges, a falta de tempo e a falta de disponibilidade para estar com os filhos, são factores propícios a que as crianças optem por um percurso inserido no bullying (Pereira, 2002).

Bowers, Smith e Binney (1994) referem que as crianças vítimas e agressoras apresentam determinadas características em comum, nomeadamente não terem a presença masculina na sua educação, ou seja, não têm o pai presente. Apesar deste facto, há características que os individualizam, isto é, os agressores apresentam uma relação assimétrica com os irmãos, centram-se no poder familiar e na falta de coesão. Por sua vez, as vítimas, relacionam-se mais com os problemas de relacionamento entre os pais e na inconsistência na disciplina (demasiados “berros” ou muito protectores).

As consequências do bullying podem ser a curto ou a longo prazo e são diferentes para as vítimas e para os agressores (Pereira, 2002). Deste modo, Sharp e Thompson (1992) realizaram um estudo com 723 alunos em que, 20% dos alunos referiram que se tornavam mais negligentes ao tentarem não ser vítimas, 295 alunos referiram que têm dificuldades em concentrarem-se nos trabalhos escolares, 22% sentiram-se doentes ou indispostos após serem agredidos e 20% sentiram dificuldades em adormecer ou problemas durante o sono por causa do bullying.

As vítimas de bullying, normalmente, apresentam pouca aceitação, são rejeitados e poucas vezes eleitos como melhores amigos, sentindo dificuldades em ajudar os outros, em cooperar e mesmo em partilhar (Pereira, 2002).

Um outro estudo realizado por Olweus (1993) refere que os jovens e adultos que sofrem de bullying não são, necessariamente, vítimas na idade adulta. Contudo existe uma relação entre ter sido vítima na escola e uma certa depressão na vida adulta.

Apesar destes estudos afirmarem que não há uma relação directa com o bullying na infância para a vida adulta, outros estudos afirmam que a rejeição social que as vítimas experienciam levam a que a auto-estima e a capacidade de se relacionarem com os outros em adulto, seja mais diminuta (Olweus, 1991).

Como consequência mais severa do bullying temos o suicídio, consequência essa que pode ser directa ou indirectamente associada a esse fenómeno (Smith & Madsen, 1996, citado por Pereira, 2002).

Relativamente aos agressores, as consequências passam por (Pereira, 2002):

- Vidas destruídas;
- Acreditam que a força é a solução para os problemas;
- Dificuldades em respeitar as leis e na inserção social;
- Problemas no relacionamento afectivo e social;
- Incapacidade de autocontrolo e comportamentos anti-sociais.

Uma pesquisa realizada em Portugal com sete mil estudantes mostrou que, um em cada cinco alunos (22%) com idades entre os seis e dezasseis anos, já foi vítima de bullying na escola. A mesma pesquisa mostrou que os locais mais comuns de ocorrência de maus-tratos são os recreios (78%), seguindo-se os corredores (31,5%) (Almeida, 2003).

3.5- Teorias explicativas da agressividade

Nos dias de hoje, cada vez mais se fala de agressividade. Deste modo, de acordo com Mackal (1983) quando é referido por Cunha (2005), existem algumas teorias que explicam a agressividade com que nos deparamos no nosso quotidiano e estas subdividem-se em duas grandes categorias, as **teorias activas** que explicam a agressividade pelos impulsos internos, ou seja, defendem que a agressividade é inata e que não existem soluções para este problema e as **teorias reactivas** que explicam que a origem da agressividade é o meio envolvente ao sujeito. Neste caso já existem soluções.

Nas teorias activas encontramos:

- A teoria da bioquímica que se caracteriza por o comportamento agressivo desencadear uma série de processos bioquímicos no interior do organismo, onde as hormonas apresentam um papel decisivo no desencadeamento da agressividade do sujeito;

- A teoria psicanalítica, defendida por Freud, em que a agressividade é o resultado do “instinto de morte”, ou seja, a forma de controlar o instinto é com uma agressão. A agressividade é entendida como uma componente inata, levando o agressor a ser violento para os outros e para si próprio (Ortega, 1994);

- A teoria etológica, defendida por Lorenz, que procurou estudar o comportamento animal, tentando generalizar as conclusões ao comportamento humano. A agressividade animal é indispensável para a sobrevivência e pode ocorrer regularmente sem provocação prévia.

Quanto às teorias reactivas são:

- Frustração-agressão, defendida por Berkowitz, que nos diz que a agressão resulta da interferência que os acontecimentos ambientais produzem nos objectivos do sujeito, sendo consequência da frustração. Estas frustrações causadas pelo meio desencadeiam o “despertar” emocional que proporciona a energia necessária para que o comportamento agressivo seja produzido;

- Aprendizagem social, defendida por Bandura, em que o comportamento agressivo pode ser aprendido por imitação ou observação da conduta de modelos agressores. Existem inúmeras cenas de violência difundidas pelos vários meios de comunicação que se relacionam directamente com a quantidade de violência que ocorre na sociedade (Ortega, 1994).

IV – INVESTIGAÇÕES SOBRE O BULLYING E A OBESIDADE

4.1 – Resultados de alguns estudos

O bullying, tal como a obesidade, são dois fenómenos que surgem de forma frequente nas escolas e que são associados a distúrbios psicossociais, tais como a ansiedade, sensações depressivas, solidão, baixa auto-estima e problemas comportamentais (Hawker & Boulton, 2000).

A obesidade infantil está associada a consequências psicológicas e sociais indesejadas, incluindo relações negativas com os pares, experiências escolares negativas e mau estar psicológico (Must & Strauss, 1999). Os pares normalmente têm mais atitudes negativas em relação às crianças obesas e os adolescentes obesos estão mais sujeitos a serem vítimas do que os seus pares com peso normal (Eisenberg, Neumark-Sztainer & Story, 2003; Pearce, Boergers & Prinstein, 2002).

Um estudo realizado em trinta e cinco países, e com uma amostra de 5749 sujeitos, por Janssen, Craig, Boyce e Pickett (2004) sobre a associação entre a obesidade e os comportamentos de bullying em crianças em idades escolares, demonstra que as crianças com excesso de peso ou obesas apresentam uma maior tendência para serem vítimas do que as crianças com peso normal. Essa tendência pode colocar entraves, a curto e a longo prazo, no desenvolvimento psicológico e social das crianças com excesso de peso e obesas. Os autores concluíram que estes resultados foram importantes na medida em que comprovaram que o excesso de peso e a obesidade não têm só consequências a nível do aumento do risco de aparecimento de doenças metabólicas, como também na ocorrência de problemas na interação social destas crianças.

As crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesos têm uma maior tendência para serem vítimas de bullying do que os seus pares de peso normal, no entanto, para Pearce e seus colaboradores (2002), ainda não é totalmente conhecido se o impacto do excesso de peso e da obesidade é diferente para rapazes e raparigas nestas idades. No estudo referido

anteriormente realizado por Janssen et al (2004), os resultados apontaram para uma associação positiva entre o IMC e a vitimização física para o sexo feminino, o que não se verifica no sexo masculino. Já no que diz respeito à agressão verbal e relacional, os mesmos autores verificaram que existe uma relação positiva destas com o IMC para o sexo masculino, mas não para o feminino, isto é, os rapazes com excesso de peso ou obesos, têm mais tendência a ser agressores que as raparigas.

Griffiths, Wolke, Page e Horwood (2006), realizaram um estudo sobre os diferentes efeitos da obesidade e do bullying em ambos os sexos e, tiveram como principais resultados que, os rapazes são mais vezes agressores que vítimas de bullying. Já em relação ao sexo feminino, estas são mais vezes vítimas que os seus pares com peso normal. Deste modo concluíram que a obesidade é uma causa importante de bullying para ambos os sexos. Os pré-adolescentes são mais vezes vítimas de bullying pois diferenciam-se da aparência ideal. E concluíram ainda que alguns rapazes obesos tendem a ser agressores, possivelmente pelo seu domínio físico em relação aos outros.

Num outro estudo sobre a obesidade, a vergonha e a depressão em crianças em idade escolar, realizado com 4703 adolescentes, verificou-se que existem resultados estatisticamente significativos entre a obesidade e os sintomas depressivos nas crianças, levando a que o bullying seja um acontecimento bastante frequente (Sjöberg, Nilsson & Leppert, 2005).

Zeller, Reiter-Purtill e Ramey (2008) realizaram um estudo sobre a relação negativa para com as crianças obesas em ambiente escolar, com 76 sujeitos e, tal como nos estudos referidos anteriormente, verificaram que a obesidade e o excesso de peso estão directamente relacionados com os fenómenos de bullying. Os adolescentes obesos presentes neste estudo afirmaram que, para além de serem vítimas de bullying verbal pelos seus pares, são também muitas vezes os próprios agressores. Os próprios pais afirmaram que os seus filhos têm bastantes dificuldades em integrarem-se na sociedade, comparativamente a crianças com peso normal, levando a que isto seja uma das causas de comportamentos agressivos.

Neste estudo foi solicitado aos sujeitos que realizassem uma listagem ordenada dos colegas (dos que mais gostam para os que menos gostam), e verificou-se que as crianças com excesso de peso e obesas aparecem nos últimos lugares. O mesmo se verificou na nomeação para “melhores amigos”, onde estes também foram os menos solicitados.

3. CONCLUSÕES

Após toda a análise reflexiva sobre os estudos realizados no âmbito da obesidade e do bullying, concluímos que existe uma forte associação entre estes dois temas, na medida em que, as crianças e os adolescentes com excesso de peso ou obesos são mais frequentemente vítimas de bullying que os seus pares com peso normal.

Em todos os estudos analisados, as crianças com excesso de peso e obesas demonstraram ser os principais alvos dos agressores, pois tratam-se de indivíduos mais sensíveis, frágeis psicologicamente e que, pelo facto de apresentarem peso superior que as outras crianças e adolescentes, são mais susceptíveis a comentários desagradáveis.

Concluímos também que as crianças com excesso de peso e obesas são por vezes os próprios agressores, principalmente quando se relaciona com o cyberbullying onde, como o aspecto físico não é visualizado, torna-se mais fácil ser superior à vítima, no entanto esta situação não é tão frequente.

No que diz respeito às diferenças entre géneros, os estudos realizados indicam que não há uma proporção relevante, no entanto, parece que o sexo feminino é mais vezes vítima que o masculino e, estes, são mais vezes agressores. Também ainda não é totalmente conhecido se existem diferenças significativas entre o sexo feminino e masculino em relação às crianças com excesso de peso ou obesas.

Nesta análise reflexiva verificamos que o exercício físico tem extrema importância no controlo do peso, mas sem a junção de outros factores (redução da ingestão calórica) não produz os resultados desejados, isto é, não é suficiente para controlar a obesidade. Mesmo assim, crianças e adolescentes praticantes apresentam menor probabilidade de terem IMC elevados, logo a probabilidade de serem vítimas de bullying será, também, menor. É de salientar que esta conclusão do nosso trabalho não foi comprovada em nenhum estudo e será necessária uma análise futura pormenorizada para verificar se realmente existe alguma associação entre praticar exercício físico e não ser alvo de bullying.

Todo o nosso trabalho foi elaborado através de uma análise sobre o estado da arte de onde retiramos ilações, deste modo ressalvamos que será pertinente realizar um estudo mais aprofundado sobre o tema, utilizando uma metodologia experimental numa amostra alargada para verificar se estas conclusões se confirmam.

4. BIBLIOGRAFIA

ASCM (2005). *Manual ACSM para la valoración y prescripción del ejercicio*. Barcelona.

Almeida, C. (2006). *Actividade Física habitual, Aptidão Física e Índice de Massa Corporal em Crianças e Adolescentes*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Bailey, K. V. & Ferro-Luzzi, A. (1995). Use of body mass index of adults in assessing individual and community nutritional status. *Bull World Health Organ*, 73, 673-680.

Ballone, G. J. (2005). *Maldade da Infância e Adolescência: Bullying*.
www.psigweb.med.br

Barata, T. (1997). *Actividade física e Medicina Moderna*. Lisboa: Europress Editores.

Barbosa, V. (2004). *Prevenção da Obesidade na Infância e na Adolescência*. Barueri.

Belsey, B. (2004). *Cyberbullying: An emerging threat to the "always on" generation*.

Bouchard, C. & Blair, S. N. (1999). Introductory comments for the consensus on physical activity and obesity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 31 (11), S498-S501.

Bouchar, C., Shepard, R. & Stephens, T. (1993). *Physical Activity, fitness, and Health*. Consensus Statement: Champaign, IL, Human Kinetics.

Bowers, L., Smith, P. K., & Binney, V. (1994). Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2, 215-132.

Bray, G. (2000). Overweight, Mortality, and Mobidity. In C. Bouchard (Ed.), *Physical Activity and Obesity*. Human Kinetics.

Bundred, P. D., Kitchiner, D., & Buchan, I. (2001). Prevalence of overweight and obese children between 1989 and 1998: population based series of cross sectional studies. *BMJ – British Medical Journal*, 322, 1-4.

Campbell, M. (2005). *The impact of the mobile phone on young people's social life*. Paper presented to the Social Change in the 21st Century Conference. Queensland University of Technology.

Carvalho, R. (2002). *Avaliação da Actividade Física da População Escolar do Distrito de Vila Real: estudo em crianças e jovens de ambos os sexos entre os 10 e os 18 anos de idade*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Cavill, N., Biddle, S., & Sallis, J. F. (2001). Health enhancing physical activity for young people: statement of the United Kingdom expert consensus conference. *Ped Exerc Sci*, 13, 12-25.

CDC (2005). *Physical Activity and Good Nutrition. Essential Elements to Prevent Chronic Diseases and Obesity*.

<http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/aag/dnpa.htm>

Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: a international survey. *BMJ – British Medical Journal*, 320, 1-6.

Coutinho, W. (1998). Obesidade. Conceitos e classificação. In M. Nunes, J. Appolinário, A. Abuchaim & W. Coutinho, *Transtornos alimentares e obesidade*, Editora Artes Médicas Sul Ltda.

Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 577-582.

Cunha, A. (2005). *Bullying – Descrição e Comparação de Práticas Agressivas em Modelos de Recreio Escolar entre Crianças do 1º Ciclo*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Dietz, W. H. (2001). The obesity epidemic in young children. *BMJ – British Medical Journal*, 322, 313 – 314.

Direcção-Geral da Saúde. *Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Circular Normativa Nº 03/DGCG. 2005

Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2003). Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, 1187-1194.

Ferreira, A. (2000). *As Culturas da Infância. A recuperação do património lúdico para a ocupação do tempo de recreio e o combate do Bullying*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências do desporto e de educação Física da Universidade do Porto.

Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *J Child Psychol Psychiatry*, 41, 441-455.

Hill, J. O.; Melanson, E. L. (1999). Overview of the determinants of overweight and obesity: current evidences and research issues. *Medicine & Science in sports & Exercise*, 31 (11), S515-S521.

Jebb, S., & Wells, J. (2000). Measuring body composition in adults and children. In C. Bouchard (Ed.), *Physical Activity and Obesity*. Human Kinetics.

Janssen, I., Craig, W., Boyce, W., & Pickett, W. (2004). Associations Between Overweight and Obesity With Bullying Behaviors in School-Aged Children. *Pediatrics*, 113 (5), 1187-1194.

Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Review*, 5 (1), 4-104.

Macklem, G. (2003). *Bullying and teasing: social power in children's groups*. New York. Kluwer Academic.

Malina, R. (2001). Physical activity and fitness: pathways from childhood to adulthood. *Am J Hum Biol*, 13 (2), 162-172.

McArdle, W., Katch, F., & Katch, V. (2003). *Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Molarius, A., Seidell, J. C., Kuulasmaa, K. M., Dobson, A., & Sans, S. (1997). Smoking and body weight: WHO MONICA Project. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, 252-260.

Mota, J., & Esculcas, C. (2002). Leisure-Time Physical Activity Behavior: Structured and Unstructured Choices According to Sex, Age, and Level of Physical Activity. *Int J Behav Med*, 9, 111-121.

Must, A., & Strauss, R. S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 23, S2-11.

Nahas, M. (1999). *Obesidade, Controle do peso e Actividade Física*. Midiograf. Londrina-PR.

Olweus, D. (1978). *Agression in the schools: Bullies and whipping boys*. Whashington DC: Hemisphere.

Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Agression*. Hillsdale, N. J: Erlbaum.

Olweus, D. (1993). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 1171- 1190.

Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid.

Ortega, R. (1994). Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre el maltrato y la intimidacion entre compañeros. *Revista de Educación*, 304, 55-67.

Palácios, M., & Rego, S. (2006). Bullying: mais uma epidemia invisível? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 3 (1). Rio de Janeiro.

Pearce, M. J., Boergers, J., & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity Review*, 10, 386-393.

Pereira, B. (2002). *Para uma escola sem violência: Estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças*. Fundação Calouste Gulbenkian. Ministério da Ciência e da Tecnologia.

Pidra, R.R., Lago, A.S., & Massa, J. L. (2006). Crianças contra crianças: o bullying, uma perturbação emergente. *An Pediatric* (ed. Port.), 1 (2), 101-4.

Power, C., Lake, J., & Cole, T. (1997). Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 21, 507-526.

Prentice, A. M. (1995). Alcohol and obesity. *International Journal of Obesity*, 19 (5), S44-S50.

Puhl, R., Henderson, K., & Brownell, K. (2000). Social Consequences of Obesity. In C. Bouchard (Ed.), *Physical Activity and Obesity*. Human Kinetics.

Reilly, J.J., & Dorosty, A. R. (1999). Epidemic of obesity in UK children. *Lancet*; 354, 1874-5.

Salbe, A. D., & Ravussin, E. (2003). As determinantes biológicas e comportamentais da obesidade – As determinantes da obesidade. In C. Bouchard (Ed.), *Atividade física e obesidade*. Brasil: Editora Manole Ltda.

Sallis, J. F. (1995). Determinants of physical activity behavior in children. In Pate, Hossen (Eds.), *Health and fitness through physical education*. Champaign, IL: Humam Kinetics.

Sallis, J. F. (2000). Age-related decline in physical activity: a synthesis of human and animal studies. *Medicine & Science in sports & Exercise*, 32 (9), 1598-1600.

Sardinha, L., & Teixeira, P. (1995). Physical activity and Public Health: a Physical Education perspective. *Portuguese Journal of Human Performance Studies*, 11, 3-16.

Sardinha, L. B., Matos, M. G., & Loureiro, I. (1999). Promoção da saúde. Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. In L. B. Sardinha, M. G. Matos, & L. Loureiro (Eds.). *Edições da Faculdade de Motricidade Humana*. Lisboa.

Seidell, J. C. (1997). Dietary fat and obesity: an epidemiological perspective. *American Journal of clinical Nutrition*, 67(3), 546S-550S.

Seidell, J. C. (2005). The Current Epidemic of Obesity. In C. Bouchard (Ed.), *Physical Activity and Obesity*. Human Kinetics.

Sharp, S., & Thompson, D. (1992). Sources of stress: A contrast between pupil perspectives and pastoral teachers' perspectives. *School Psychology International*, 13, 229-241.

Sjöberg, R., Nilsson, K., & Leppert, J. (2005). Obesity, Shame, and Depression in School-Aged Children: A Population-Based Study. *Pediatrics*, 116 (3), 389-392.

Smith, P. K., & Ananiadou, K. (2000). The nature of school bullying and the effectiveness of school-based interventions. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 5, 189-209.

Smith, P. K., & Morita, Y. (1999). The Nature of School Bullying: A cross-national perspective.

Smith, P. K., & Sharp, S. (1994). *School Bullying. Insights and perspectives*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Temblay, M. S., Katzmarzyk, P. T., & Willms, J. D. (2002). Temporal trends in overweight and obesity in Canada. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 26, 538-543.

WHO (1995). *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. World Health Organization. Geneva.

WHO (1998). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. World Health Organization. Geneva.

WHO (2000). *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. World Health Organization. Geneva.

WHO (2003). *Obesity and Overweight*. World Health Organization. Geneva.

WHO (2005). *Physical Activity and Youth*. Regular physical activity provides young people with important physical, mental and social health benefits.

Williamson, D. F., Madans, J., Pamuk, E., Flegal, K. M., Kendrick, J. S., & Serdula, M. K. (1994). A prospective study of childbearing and 10-year weight gain in US white women 25 to 40 years of age. *International Journal of Obesity*, 18, 561-569.

Zeller, M., Reiter-Purtill, J., & Ramey, C. (2008). Negative Peer Perceptions of Obese Children in the Classroom Environment. *Obesity*, 16 (4), 755-762.