

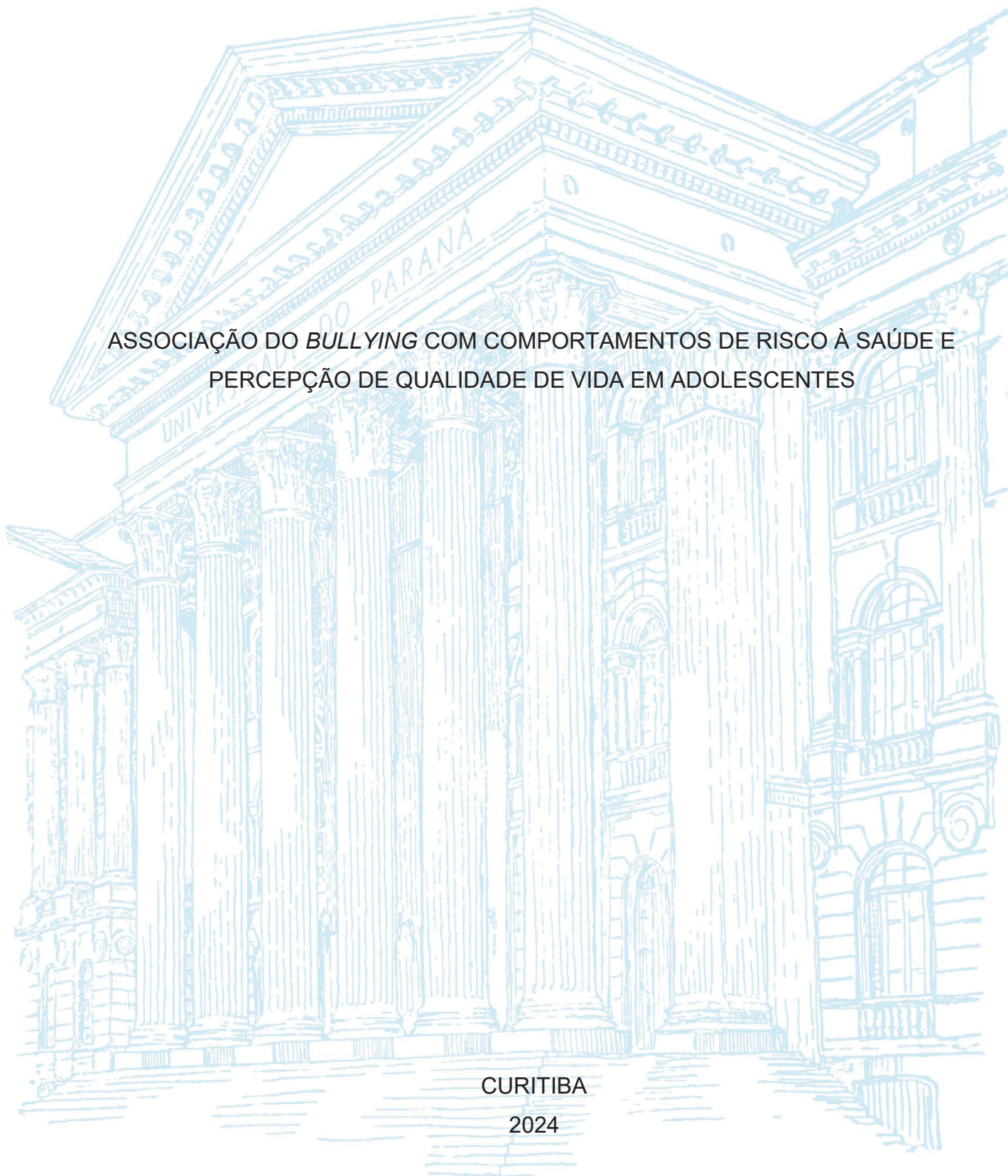
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA BEATRIZ PACÍFICO

ASSOCIAÇÃO DO *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

CURITIBA

2024



ANA BEATRIZ PACÍFICO

ASSOCIAÇÃO DO *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, no Setor de Ciências Biológicas, na Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Campos

CURITIBA

2024

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SISTEMA DE BIBLIOTECAS – BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Pacífico, Ana Beatriz

Associação do *bullying* com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes / Ana Beatriz Pacífico. – Curitiba, 2024.

1 recurso on-line : PDF.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Wagner de Campos.

1. *Bullying*. 2. Comportamentos de risco a saúde. 3. Qualidade de vida. 4. Adolescentes. I. Campos, Wagner de. II. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física. III. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação EDUCAÇÃO FÍSICA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ANA BEATRIZ PACÍFICO** intitulada: **ASSOCIAÇÃO DO BULLYING COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES**, sob orientação do Prof. Dr. WAGNER DE CAMPOS, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 27 de Fevereiro de 2024.

Assinatura Eletrônica
28/02/2024 19:49:14.0
WAGNER DE CAMPOS
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
29/02/2024 13:47:56.0
FABIO EDUARDO FONTANA
Avaliador Externo (UNIVERSITY OF NORTHERN IOWA)

Assinatura Eletrônica
09/03/2024 10:32:23.0
OLDEMAR MAZZARDO JUNIOR
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
11/03/2024 10:38:29.0
LUCIANE CRISTINA ARANTES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Novo Edifício do Departamento de Educação Física - Campus Centro Politécnico - Curitiba - Paraná -
Brasil CEP 81531-980 - Tel: (41) 3361-3072 - E-mail: pgedf@ufpr.br
Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 339335
Para autenticar este documento/assinatura, acesse
<https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 339335

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese à memória de minha mãe, Maria Aparecida, cujo apoio, inspiração e amor foram fundamentais em toda a minha jornada acadêmica. E mesmo que não esteja mais entre nós fisicamente, sua recordação e influência perdurou em todas as etapas deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço pelo amparo e pela oportunidade de ter chegado até aqui.

As escolas, seus respectivos diretores e professores, aos pais dos alunos e aos alunos por aceitarem colaborar com a pesquisa.

Aos colegas do CEAFS (Centro de Estudos em Atividade Física e Saúde) da UFPR: Cristiane, João, Nayra e Rafael pelas trocas de experiências e colaboração. Em especial, agradeço ao Thiago Piola, Eliane, Michael e Jhonatan por toda parceria e sempre que precisei prontamente me auxiliaram.

Ao meu orientador, Professor Dr. Wagner de Campos, pela confiança, conhecimentos passados, paciência e compreensão com momentos difíceis que passei.

Ao Fabio Fontana, por ter feito parte e me auxiliado na construção deste trabalho, desde o Projeto até a finalização, e sempre estando disponível para qualquer auxílio.

Ao GEPENSE (Grupo de Estudo e Pesquisa em Exercício e Nutrição na Saúde e no Esporte) da Universidade Estadual de Maringá, por terem formado comigo a equipe da coleta de dados na cidade de Maringá-PR. Em especial ao Professor Dr. Ademar Avelar por ter permitido esta conexão, e aos membros: Mariana, Cris, Giovani, Kauana e Polly por se disponibilizarem.

A banca examinadora deste trabalho, Prof. Dr. Oldemar Mazzardo Júnior, Prof^a. Dra. Luciane Arantes da Costa e Prof. Dr. Fabio Fontana por terem aceitado o convite de compor a banca e pelas contribuições dadas no trabalho.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior Brasil (CAPES) pelo apoio - Código de Financiamento 001.

A minha irmã Mariama, por todo amor, força, amparo e por estar ao meu lado, o que contribuiu muito para persistir no processo.

Ao meu pai, José Carlos, por me incentivar, ajudar e acreditar em toda a minha jornada acadêmica. E fundamental contribuição para entrar em contato com as escolas que participaram do estudo.

Ao meu namorado, Kleber, que esteve presente e paciente no processo e acompanhou etapas importantes deste trabalho, estando disposto a auxiliar nas dificuldades e me encorajar.

A minha psicóloga, Daniela, pela sua orientação, compreensão empática e apoio ao longo deste desafiador percurso.

Por fim, agradeço aos meus familiares que de alguma forma contribuíram com o processo de doutoramento, em especial: Joaquim, Vicente, Diogo, Carlos, Vitorio, Bruna, Raquel, Patricia e Rose.

Muito obrigada.

RESUMO

O *bullying* tende a afetar negativamente a vida do adolescente, podendo levar o indivíduo a prejuízos na saúde física, mental e social. **Objetivo:** Analisar a associação do *bullying* com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR. **Métodos:** a amostra foi composta por 1.020 adolescentes, 511 meninos ($16,61 \pm 0,67$ anos de idade) e 509 meninas ($16,34 \pm 0,72$ anos de idade), matriculados na rede pública de ensino de Maringá-PR. Foram coletadas as medidas antropométricas de massa corporal e estatura. O *bullying* (perpetração e vitimização), comportamentos de risco à saúde, a percepção de qualidade de vida, classe econômica, idade e sexo foram analisados por questionários autorreportados. Para classificação do estado nutricional adotou-se pontos de corte do IMC específicos para idade e sexo. Foi utilizada a regressão logística para verificar a associação do *bullying* com os comportamentos de risco à saúde e com a percepção de qualidade de vida, com nível de significância de 5%. **Resultados:** 17,2% dos adolescentes reportaram serem perpetradores de *bullying* e 20,1% reportaram serem vítima de *bullying*, sem diferença entre os sexos em ambos. Os adolescentes perpetradores de *bullying* apresentaram mais chances de estarem no grupo que fez uso do tabaco (OR:1,75; IC%= 1,30-2,55); consumo de álcool (OR=1,83; IC%=1,39-2,71), uso problemático de *Smartphone* (OR=1,53; IC%= 1,09-2,16), pior qualidade de sono (OR= 1,64; IC%= 1,14-2,44) e que faziam mais atividade física (OR= 1,45; IC%= 1,03; 2,01), quando comparados aos não perpetradores. Os adolescentes vítimas de *bullying* tiveram uma chance 1,75 (IC95%= 1,28-2,41) vezes maior de fumar, 1,45 (IC95%= 1,06-1,98) vezes maior de consumir álcool, 1,91 (IC95%= 1,26-2,88) vezes maior de ter pior qualidade do sono e 1,75 (IC95%= 1,27-2,40) vezes maior de fazer mais atividade física do que aqueles que não foram vítimas de *bullying*. Ser vítima de *bullying* aumenta a chance em 42% (OR=1,42; IC95%= 1,07-1,88) de passar de baixo para médio ou médio para alto tempo em comportamento sedentário. E as vítimas de *bullying* tem uma chance de 58% (OR=0,42; IC95%= 0,30-0,59) menor de ter uma boa qualidade de vida do que os que não foram vítimas de *bullying*. Houve interação significativa ($p=0,02$) apenas entre horas de sono por dia e estado nutricional para as vítimas de *bullying* com excesso de peso. Aqueles com excesso de peso e que foram vítimas de *bullying* tiveram uma chance 1,90 (IC95%= 1,02-3,55) vezes maior de dormir mais do que os que não foram vítimas de *bullying*. **Conclusões:** ser perpetrador ou vítima de *bullying* está associado com comportamentos de risco à saúde e com uma pior percepção de qualidade de vida. Estas associações variam conforme o sexo. Sugere-se ações no município e em território nacional para que o *bullying* seja evitado nas escolas e que as atenções sejam voltadas tanto para os adolescentes perpetradores quanto para as vítimas.

Palavras-chave: *Bullying*; comportamentos de risco à saúde; qualidade de vida; adolescentes.

ABSTRACT

Bullying tends to negatively affect a teenager's life and can lead to harm in their physical, mental and social health. **Aim:** To analyze the association of bullying with health risk behaviors and perception of quality of life in adolescents in the city of Maringá-PR. **Methods:** the sample consisted of 1,020 adolescents, 511 boys (16.61 ± 0.67 years old) and 509 girls (16.34 ± 0.72 years old), enrolled in the public school system in Maringá-PR. Anthropometric measurements of body mass and height were collected. Bullying (perpetration and victimization), health risk behaviors, perception of quality of life, economic class, age and gender were analyzed using self-reported questionnaires. To classify nutritional status, specific BMI cutoff points were adopted for age and sex. Logistic regression was used to verify the association of bullying with health risk behaviors and the perception of quality of life, with a significance level of 5%. **Results:** 17.2% of adolescents reported being perpetrators of bullying and 20.1% reported being victims of bullying, with no difference between genders in either case. Adolescents who perpetrated bullying were more likely to be in the group that used tobacco (OR: 1.75; CI%= 1.30-2.55); alcohol consumption (OR=1.83; IC%=1.39-2.71), problematic Smartphone use (OR=1.53; IC%= 1.09-2.16), worse sleep quality (OR= 1.64; CI%= 1.14-2.44) and who did more physical activity (OR= 1.45; CI%= 1.03; 2.01), when compared to non-perpetrators. Adolescents who were victims of bullying were 1.75 (95%CI= 1.28-2.41) times more likely to smoke, 1.45 (95%CI= 1.06-1.98) times more likely to consume alcohol, 1.91 (95%CI= 1.26-2.88) times more likely to have worse sleep quality and 1.75 (95%CI= 1.27-2.40) times more likely to do more physical activity than those who did not were victims of bullying. Being a victim of bullying increases the chance by 42% (OR=1.42; 95%CI= 1.07-1.88) of going from low to medium or medium to high time in sedentary behavior. And victims of bullying have a 58% (OR=0.42; 95%CI= 0.30-0.59) lower chance of having a good quality of life than those who were not victims of bullying. There was a significant interaction ($p=0.02$) only between hours of sleep per day and nutritional status for overweight victims of bullying. Those who were overweight and who were victims of bullying were 1.90 (95%CI= 1.02-3.55) times more likely to sleep more than those who were not victims of bullying. **Conclusions:** being a perpetrator or victim of bullying is associated with health risk behaviors and a worse perception of quality of life. These associations vary by sex. Actions are suggested in the municipality and nationally so that bullying is avoided in schools and that attention is focused on both the perpetrators and the victims.

Keywords: Bullying; health risk behavior; quality of life; adolescent.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|--|----|
| QUADRO 1 - | ARTIGO 4º, LEI 13.185..... | 20 |
| QUADRO 2 - | VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PONTOS DE CORTE DO ESTUDO..... | 35 |
| FIGURA 1 - | PREVALÊNCIA DO BULLYING (PERPETADORES E VÍTIMAS) DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 44 |
| FIGURA 2 - | PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGAS DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 45 |
| FIGURA 3 - | PREVALÊNCIA DO COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 46 |
| FIGURA 4 - | PREVALÊNCIA DA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 46 |
| FIGURA 5 - | FIGURA 5 - PREVALÊNCIA DA QUALIDADE E HORAS DE SONO DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 47 |
| FIGURA 6 - | PREVALÊNCIA DA PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES DE AMBOS OS SEXOS DE MARINGÁ-PR..... | 48 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------|--|----|
| TABELA 1 - | CÁLCULOS AMOSTRAIS PARA DESFECHOS DE INTERESSE DO ESTUDO..... | 33 |
| TABELA 2 - | DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, TOTAL E ESTRATIFICADA POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE MARINGÁ, PARANÁ (N=1020)..... | 43 |
| TABELA 3 - | ASSOCIAÇÃO ENTRE PERPETRAÇÃO DO <i>BULLYING</i> COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR..... | 49 |
| TABELA 4 - | ASSOCIAÇÃO ENTRE SER VÍTIMA DE <i>BULLYING</i> COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR..... | 51 |
| TABELA 5 - | INTERAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE <i>BULLYING</i> (PERPETRAÇÃO E VITIMIZAÇÃO), COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR..... | 52 |
| TABELA 6 - | ANÁLISE BRUTA E AJUSTADA ENTRE HORAS DE SONO POR DIA E <i>BULLYING</i> (VITIMIZAÇÃO) ESTRATIFICADO POR ESTADO NUTRICIONAL..... | 52 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.2 OBJETIVOS | 18 |
| 1.2.1 Objetivo Geral | 18 |
| 1.2.2 Objetivos específicos..... | 18 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 19 |
| 2.1 <i>BULLYING</i> NA ADOLESCÊNCIA..... | 19 |
| 2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA | 22 |
| 2.2.1 Consumo de bebidas alcóolicas, tabaco e drogas ilícitas na adolescência | 22 |
| 2.2.2 Comportamento sedentário na adolescência | 24 |
| 2.2.3 Atividade física insuficiente na adolescência..... | 26 |
| 2.2.4 Tempo e qualidade do sono na adolescência | 27 |
| 2.3 PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA | 29 |
| 2.4 ESTADO NUTRICIONAL E <i>BULLYING</i> NA ADOLESCÊNCIA | 29 |
| 3.0 MATERIAIS E MÉTODOS | 32 |
| 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO | 32 |
| 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA | 32 |
| 3.2.1 População | 32 |
| 3.2.2 Amostra | 32 |
| 3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS..... | 35 |
| 3.3.1 Procedimentos da coleta de dados | 35 |
| 3.3.2 Instrumentos utilizados..... | 36 |
| 3.4 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS | 42 |
| 4 RESULTADOS | 44 |
| 4.1 PREVALÊNCIA DO <i>BULLYING</i> (VÍTIMA E PERPETRADOR), DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA..... | 45 |
| 4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE PERPETRAÇÃO DO <i>BULLYING</i> COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E COM A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES | 48 |
| 4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE SER VÍTIMA DE <i>BULLYING</i> COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E COM A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES | 51 |
| 4.4 EFEITO MODERADOR DO ESTADO NUTRICIONAL NA ASSOCIAÇÃO DO <i>BULLYING</i> COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE | |

| | |
|---|-----------|
| QUALIDADE DE VIDA, AJUSTADO POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E CLASSE ECONÔMICA EM ADOLESCENTES | 52 |
| 5 DISCUSSÃO | 54 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| REFERÊNCIAS..... | 66 |
| ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO (SEE)..... | 76 |
| ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE CESUMAR | 78 |
| APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) | 84 |
| APÊNDICE 2– TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) | 86 |
| APÊNDICE 3– QUESTIONÁRIO | 87 |

1 INTRODUÇÃO

A adolescência é um período imprescindível para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial do indivíduo. É uma fase que emerge diferentes emoções, relações sociais e atos, envolvendo falhas e virtudes. É um período cujo comportamentos violentos podem começar a aparecer, especialmente quando isso tem influência de situações familiares e de amizades (CARNEIRO; MEGHIR; PAREY, 2013; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2017). Uma das situações de violência que tende a aparecer, principalmente nesta fase, é o *bullying*, incluindo perpetradores e vítimas (SILVA, 2015).

O *bullying* consiste em um abuso de poder caracterizado como comportamentos intencionalmente agressivos e violentos em colegas e que se repetem por algum período. O desequilíbrio de poder pode ser real ou percebido, entre vítima e agressor, sendo em uma pessoa isolado ou de um grupo (WOLKE; LEREYA, 2015; POLI, 2022). Assume-se forma de *bullying* direto, incluindo ações físicas e/ou verbais de perpetração (bater, roubar, xingar) ou o *bullying* indireto (exclusão social e espalhar boatos). Recentemente surgiu também o *cyberbullying* que pode ser definido como qualquer *bullying* realizado em meios eletrônicos, como telefones celulares ou internet/mídias sociais (BRASIL, 2015; WOLKE; LEREYA, 2015; POLI, 2022).

O *bullying* é considerado um problema de saúde pública que deve ser estudado e exige estratégias intersetoriais de enfrentamento (PENSE, 2015). No Brasil, existe uma lei (Lei n. 13.185/2015) que institui um programa de combate ao *bullying*, com o objetivo de prevenir e combater a prática de intimidação sistemática no país (BRASIL, 2015; PENSE, 2015).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2019, no Brasil 23% dos escolares de 13 a 17 anos, de diferentes capitais brasileiras, afirmaram que se sentiram humilhados pelos colegas nos últimos 30 dias, sendo esta prevalência maior em meninas (26,5%) em comparação com meninos (19,5%) (PENSE, 2021; MALTA *et al.*, 2022). Embora as prevalências de quem sofre *bullying* serem altas, a prevalência de quem pratica *bullying* reduziu de 20,4% em 2015 para 12,0% em 2019 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021a).

Segundo a PeNSE (2021) os motivos mais citados por adolescentes que se envolvem com *bullying*, são, em primeiro, lugar pela aparência do corpo (16,5%), em segundo pela aparência do rosto (11,6%) e seguido pela cor ou raça (4,6%). O estudo

de Rupp e McCoy (2019) mostra que adolescentes com sobrepeso e obesidade possuem maior chance de estar envolvido com o *bullying*, sendo vítima ou também vítima e agressor do *bullying* (aquele que sofre, mas também pratica o *bullying*) (RUPP; MCCOY, 2019). Adicionalmente a isso, o estudo de Gong *et al.* (2019) relata que o peso percebido está relacionado a ser intimidado (GONG *et al.*, 2019).

Apesar da considerável redução entre 2015 e 2019, a prática do *bullying* ainda acontece com frequência e pode afetar negativamente a vida do adolescente perpetrador e da vítima (PENSE, 2015). O *bullying* pode afetar a vida do adolescente, podendo levá-lo a comportamentos de risco à saúde (CRS), como comportamento sedentário, níveis insuficientes de atividade física, uso de tabaco, drogas ilícitas, bebidas alcoólicas e adicionalmente o sono insuficiente que quando acontece tende a trazer prejuízos a saúde e pode ser considerado um problema crônico entre os adolescentes (GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2020; NGANTCHA *et al.*, 2018; NIKOLAOU, 2022; LIMA *et al.*, 2023). E estes componentes de risco estão associados a doenças cardiovasculares, câncer, obesidade, interferências emocionais, cognitivas, estresse e depressão. (CAVALCANTE; ALVEZ; BARROSO, 2008; PENSE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

O consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas quando se inicia em idades precoces, pode virar um hábito e se estender por toda a vida. O fato de experimentar estas substâncias é um preditor para o uso em excesso, gerando problemas de saúde, rendimento acadêmico baixo, entre outros (PENSE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). A experimentação do álcool, tabaco e drogas ilícitas na adolescência tende a levar o indivíduo a vícios nesta fase e também na fase adulta e são considerados as principais causa de morte evitáveis no mundo (PENSE, 2015; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Além do consumo destas substâncias, os adolescentes estão vulneráveis ao alto nível de comportamento sedentário (CS), principalmente ao comportamento de tela, como uso de celulares, computadores, *tablets* e televisão. Isso acontece principalmente pelo fato da maioria dos aspectos da vida juvenil, na sociedade contemporânea, envolverem a mídia digital (KATAPALLY *et al.*, 2018a). O comportamento sedentário é caracterizado como o momento que o indivíduo se encontra sentado, reclinado ou deitado com gastos muito baixo de energia (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018). O que pode prejudicar a saúde dos mesmos quando há tempos excessivos nesta condição, pois

isto se associa a desfechos ruins, como obesidade e síndrome metabólica (WHO, 2020).

Estes desfechos também podem ser agravados com a prática insuficiente de atividade física que se caracteriza quando o indivíduo não cumpre a recomendação de 60 minutos de prática diária de atividade física moderada a vigorosa (BRASIL, 2021). Quando a recomendação é realizada na adolescência os benefícios à saúde (redução do risco de doença cardíaca, acidente vascular cerebral, hipertensão, diabetes, depressão e ganho de peso, além de facilitar tarefas diárias e melhora do sono) tendem ser transferidos para a idade adulta (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018; WHO, 2010).

A prevalência de adolescentes suficientemente ativos é muito baixa em todo o mundo, segundo Guthold *et al.* (2020) 81,0% da população mundial de adolescentes é classificada como insuficientemente ativos. No Brasil, aproximadamente 83,6% da população é insuficientemente ativa, 78,0% meninos e 89,4% meninas (GUTHOLD *et al.*, 2020).

Assim como os outros comportamentos de risco, o comportamento sedentário e a falta da prática de atividade física são considerados um problema de saúde pública, por serem comportamentos que estão acontecendo em grande escala em todo o mundo, inclusive no Brasil, e por ter associações negativas com aspectos da saúde. Há uma relação significativa entre maior tempo gasto em comportamento sedentário e maiores taxas de mortalidade (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

Um estudo com 13.583 escolares mostrou que há associação significativa do *bullying* com o consumo de cigarros, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, uso de videogame em demasia e excesso de peso (MERRILL; HANSON, 2016). Em uma meta-análise que verificou fatores associados ao *bullying*, mostrou que dentre os comportamentos de risco, o uso de tabaco e drogas ilícitas estão fortemente associados a vitimização e perpetração de *bullying* (MOORE *et al.*, 2017).

O estudo de Katapally (2018) com 44.861 adolescentes canadenses, afirma que a perpetração de *bullying*, vitimização ou ambos, estão associados ao aumento de comportamentos de tempo de tela, e o contrário também é válido, o não envolvimento com o *bullying* associa-se à diminuição do comportamento de tela (KATAPALLY *et al.*, 2018b).

Os achados de Herazo-Beltrán *et al.* (2019) mostram que há associação positiva entre ser vítima de *bullying* e relatos de não praticar atividade física regularmente. Já o estudo de Oliveira *et al.* (2016), através de um estudo com adolescentes de todo o Brasil (n= 109.104), mostra que há uma associação positiva entre ser o perpetrador do *bullying* e praticar atividade física regular (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Outro comportamento que está associado ao aumento da conduta agressiva e violência escolar é o sono inadequado na adolescência (IRELAND; CULPIN, 2006), podendo ser uma destas condutas, o *bullying*. O sono tem papel fundamental nas funções cerebrais na adolescência, após o processo de maturação ocorrem mudanças nos padrões de sono, onde adolescentes mais velhos tendem a dormir menos do que quando eram mais jovens. Além do fato de que estresse excessivo (que ocorre muito nesta fase por questões hormonais e por fatores externos) pode levar o adolescente à incapacidade de adormecer e distúrbios do sono (DAHL; LEWIN, 2002).

A experiência com o *bullying* é um tipo de estressor excessivo, o que tende a estar relacionado com a perturbação do sono. No Brasil, segundo a PeNSE (2015), o percentual de adolescentes com distúrbio de sono em território nacional é de 11,3% (15,4% meninas e 6,9% meninos). O estudo longitudinal representativo da Coreia - Korean Child and Youth Panel Survey (KCYPS) mostra que o sono insuficiente apresenta associação com agressões (NA; PARK, 2018). Assim como a PeNSE mostra a tendência das meninas terem uma prevalência maior de dificuldades com o sono, um estudo com 4072 adolescentes de Taiwan revelam que problemas com o sono mediam a associação entre vitimização e sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino e não do sexo masculino (CHANG *et al.*, 2018).

A prática do *bullying*, tanto do perpetrador quanto da vítima, além de ter correlação com fatores físicos, como os CRS, ele está associado a fatores psicológicos e de percepções do próprio indivíduo. Um destes fatores é a percepção de qualidade de vida (PQV), pois ela engloba o bem-estar físico, emocional e social, envolvendo a satisfação pessoal a várias situações da vida (GUEDES; GUEDES, 2011a).

A qualidade de vida (QV) neste contexto é definida como a percepção do indivíduo em relação a sua posição sociocultural, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995), se tornando um assunto de interesse crescente nos campos da epidemiologia e da saúde, sendo importante monitorá-la na adolescência pelo fato de repercutir nesta idade e idades adultas, uma vez que a PQV pode influenciar atos e decisões do dia a dia (GUEDES; GUEDES, 2011a).

Kadiroğlu e colaboradores (2018) afirmam que os adolescentes não envolvidos com o *bullying*, em especial a vitimização, possuem maiores escores na PQV nos quesitos de bem-estar físico, mental, familiar, amigos e doença do que adolescentes envolvidos (KADIROĞLU; HENDEKCI; TOSUN, 2018). O estudo de González-Cabrera *et al.* (2019) corrobora com estes achados, mostrando que a partir de uma pesquisa com 12.285 adolescentes espanhóis de 11 a 18 anos, foi identificado correlações entre *bullying* e *cyberbullying* com as dimensões da PQV.

A literatura mundial apresenta alguns estudos sobre a relação do *bullying* com o comportamento sedentário (HERTZ *et al.*, 2015; VRIJEN *et al.*, 2021), níveis insuficientes de atividade física (MÉNDEZ *et al.*, 2019; MARTÍN; MATESANZ, 2018), consumo de bebidas alcólicas (PELEG-OREN *et al.*, 2012), tabaco (MOORE *et al.*, 2017), drogas ilícitas (VRIJEN *et al.*, 2021), qualidade do sono (DING *et al.*, 2023; DONOGHUE; MELTZER, 2018) e qualidade de vida (LOURDES *et al.*, 2023) na adolescência, podendo ter direções opostas nas associações quando se trata de perpetradores e vítimas, porém ainda é considerado uma quantidade pequena de pesquisas com essas análises de associações no Brasil, além de que há divergências na literatura existente e lacunas de conhecimento sobre como acontece a relação entre estes fatores (MERRILL; HANSON, 2016; STEARNS *et al.*, 2017; MOORE *et al.*, 2017; CHANG *et al.*, 2018; VANCAMPFORT *et al.*, 2019; PULIDO *et al.*, 2019). Além disso, muitos estudos apresentam limitações metodológicas, incluindo o uso de questionários não validados para a avaliação do *bullying* (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021a; CHUNG; SUN; KIM, 2018). Ainda é importante estudos com amostras representativas para evidenciar características de uma população e concretizar uma conclusão mais segura para estas associações.

Diante do exposto, este estudo teve como intuito responder as seguintes questões: Existe associação em ser praticante de *bullying* com comportamentos de risco à saúde em adolescentes? Existe associação em ser vítima de *bullying* com comportamentos de risco à saúde em adolescentes? Há associação em ser praticante de *bullying* com a percepção de qualidade de vida em adolescentes? Há associação em ser vítima de *bullying* com a percepção de qualidade de vida em adolescentes? Existe efeito moderador do estado nutricional na associação do *bullying* com estas variáveis?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação do *bullying* com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR.

1.2.2 Objetivos específicos

- Verificar a prevalência do *bullying* (perpetrador e vítima), de comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida de adolescentes, total e estratificado por sexo;
- Verificar a associação do *bullying* (perpetrador e vítima) com comportamentos de risco à saúde, bruta e ajustada para sexo, faixa etária e classe econômica em adolescentes;
- Verificar a associação do *bullying* (perpetrador e vítima) com a percepção de qualidade de vida, bruta e ajustada para sexo, faixa etária e classe econômica em adolescentes;
- Verificar o efeito moderador do estado nutricional na associação do *bullying* com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida, ajustado por sexo, faixa etária e classe econômica em adolescentes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BULLYING NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é o estágio de desenvolvimento que tende a acontecer o *bullying* (vítima e agressor), pois é a fase que por influência da sociedade começa a importar, para muitos, a popularidade, a divisão de pequenos grupos de amizade, necessidade de atenção, padrões de beleza, onde alguns se sentem superiores e outros se sentem inferiores, por diversos motivos, desde fatores psicológicos até convivência e influência do meio e pessoas com quem convivem (CARNEIRO; MEGHIR; PAREY, 2013; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ *et al.*, 2017). Quando um comportamento agressivo, parecido com o *bullying* acontece na fase adulta, geralmente é classificado como assédio moral (CARNEIRO *et al.*, 2013; BRASIL, 2015).

O *bullying* é definido como um comportamento agressivo intencional, podendo ser verbal, físico ou psicológico, que acontece repetidas vezes ao longo de um período de tempo, onde há um desequilíbrio de poder entre a pessoa que está sendo intimidada e o agressor (SHAW *et al.*, 2013). A palavra *bullying* se origina da palavra inglesa Bully, que tem o significado de valentão, brigão. E no Brasil é entendido como ameaça, humilhação, opressão (“Escola da Inteligência - Educação Socioemocional”, 2020), e também é chamado de intimidação sistemática (BRASIL, 2015).

É comum acontecer o *bullying* em vários locais, como na vizinhança, no condomínio, grupos esportivos, entre outros, mais o local que mais acontece é na escola. Pois é o local onde os adolescentes passam a maior parte do tempo, interagindo com um número maior de pessoas. E adolescentes que se sentem com maior grau de popularidade e superioridade sentem-se no direito de tratar mal os que não são populares e não se encaixam em padrões de determinados grupos (BRASIL, 2015).

O *bullying* também pode acontecer nas redes e mídias sociais mundialmente, então é chamado de *cyberbullying*, incidindo depreciações, incitação de violência, adulteração de fotos e dados pessoais para criar meios de constrangimento psicossocial. A intimidação psicológica tanto ao vivo, como pelas mídias, é considerada uma importante questão de saúde pública, exigindo estratégias de diferentes setores para o combate e enfrentamento da mesma (PENSE, 2015).

Em prova disso, tem-se hoje uma lei brasileira que institui o Programa de Combate à Intimidação Sistemática. A lei foi sancionada no dia 6 de novembro de 2016 e é composta por artigos que aborda a luta contra o *bullying* escolar e implementa ações para erradicar o *bullying* (PORFÍRIO, 2020).

Alguns dos principais pontos desta lei (a Lei 13.185) são os seguintes artigos: no Artigo 2º é colocado que se caracteriza como intimidação sistemática (*bullying*) quando há violência física ou psicológica em atos de intimidação, humilhação ou discriminação e, ainda a ataques físicos, insultos pessoais, comentários sistemáticos e apelidos pejorativos, ameaças por quaisquer meios, grafites depreciativos, expressões preconceituosas, isolamento social consciente e premeditado. E o Artigo 3º classifica-se o *bullying* conforme as ações praticadas, como verbal (insultar, xingar e apelidar), moral (difamar, caluniar, disseminar rumores), sexual (assediar, induzir e/ou abalar), social (ignorar, isolar e excluir), psicológica (perseguir, amedrontar, aterrorizar, intimidar, dominar, manipular, chantagear), físico (socar, chutar e bater), material (furtar, roubar, destruir pertences), virtual (depreciar, enviar mensagens intrusivas da intimidade, enviar ou adulterar fotos e dados pessoais que resultem em sofrimento ou constrangimento) (BRASIL, 2015).

E o Artigo 4º constitui os objetivos do Programa referido (BRASIL, 2015):

QUADRO 1 - ARTIGO 4º, LEI 13.185

| |
|---|
| <p>I - Prevenir e combater a prática da intimidação sistemática (bullying) em toda a sociedade;</p> <p>II - Capacitar docentes e equipes pedagógicas para a implementação das ações de discussão, prevenção, orientação e solução do problema;</p> <p>III - Implementar e disseminar campanhas de educação, conscientização e informação;</p> <p>IV - Instituir práticas de conduta e orientação de pais, familiares e responsáveis diante da identificação de vítimas e agressores;</p> <p>V - Dar assistência psicológica, social e jurídica às vítimas e aos agressores;</p> <p>VI - Integrar os meios de comunicação de massa com as escolas e a sociedade, como forma de identificação e conscientização do problema e forma de preveni-lo e combatê-lo;</p> <p>VII - Promover a cidadania, a capacidade empática e o respeito a terceiros, nos marcos de uma cultura de paz e tolerância mútua;</p> <p>VIII - Evitar, tanto quanto possível, a punição dos agressores, privilegiando mecanismos e instrumentos alternativos que promovam a efetiva responsabilização e a mudança de comportamento hostil;</p> <p>IX - Promover medidas de conscientização, prevenção e combate a todos os tipos de violência, com ênfase nas práticas recorrentes de intimidação sistemática (bullying), ou constrangimento físico e psicológico, cometidas por alunos, professores e outros profissionais integrantes de escola e de comunidade escolar.</p> |
|---|

FONTE: BRASIL (2015)

Segundo Oliveira *et al.* (2015) a prática do *bullying* interfere no processo de ensino-aprendizado e na saúde dos adolescentes. O estudo desses autores revela que 20,8% dos adolescentes brasileiros se reportam como agressores do *bullying* e esta prática está mais presente no sexo masculino, e o agressores relatam sentir-se solitários, com episódios de insônia, alta prevalência de sofrer violência física familiar, consomem mais tabaco, álcool e drogas ilícitas e praticam atividade física regular.

Já o estudo de Merrill e Hanson (2016) que analisou as vítimas de *bullying* na adolescência, mostrou que as meninas se sentem mais intimidadas, e as vítimas no geral tentem a ter mais problemas de saúde mental, maior uso de substâncias como tabaco, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas, tendem a estar com excesso de peso e fazer uso do vídeo game por mais de três horas por dia. Entretanto os agressores podem também apresentar associações com estas e com outras variáveis, já que se sentem superiores às vítimas.

Diante disso, vê-se a importância da atenção que tem que ser dada ao *bullying* na adolescência, visto que ele pode trazer consequências negativas a médio e longo

prazo, sendo que parece ser maior risco para desenvolver transtornos emocionais e físicos, como abuso do uso de drogas e tabaco, comportamento sedentário elevado, atividade física insuficiente e problemas com o sono (PENSE, 2015).

2.2 COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Os comportamentos de risco estão tendo significativo impacto na saúde física e psicológica dos adolescentes, resultando em um problema para a saúde pública (YI *et al.*, 2020). Os comportamentos de risco à saúde são atividades que podem afetar a saúde física, mental e social, como mencionado anteriormente – por exemplo sedentário, níveis insuficientes de atividade física, uso de tabaco, drogas ilícitas, bebidas alcoólicas e adicionalmente o sono insuficiente que quando acontece tende a trazer prejuízos a saúde e pode ser considerado um problema crônico entre os adolescentes (GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2020; NGANTCHA *et al.*, 2018; NIKOLAOU, 2022; LIMA *et al.*, 2023), problemas que podem, inclusive, ter continuidade na vida adulta (IBGE, 2016). No decorrer dos próximos subtópicos será revisado sobre estes CRS e sua ocorrência na adolescência.

2.2.1 Consumo de bebidas alcóolicas, tabaco e drogas ilícitas na adolescência

Na fase da adolescência que se inicia ou se consolida hábitos que são considerados risco para a saúde e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, doenças osteomusculares e diabetes). Dentre esses hábitos está o consumo de bebidas alcóolicas, tabaco e drogas ilícitas, que tende a ser iniciado na adolescência com a experimentação dos mesmos (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2018).

Segundo a OMS tabagismo é a principal morte evitável do mundo, é um obstáculo significativo para os ganhos de desenvolvimento no mundo, pois doenças relacionadas a este consumo custam bilhões de dólares por ano, o que gera grande custo econômico. Através do estudo HBSC, a organização afirma que o hábito de fumar é geralmente estabelecido na adolescência, onde a maioria dos fumantes experimentou ou já era viciado antes dos 18 anos de idade (WHO, 2012).

A experimentação de cigarro no Brasil, segundo a PeNSE (2015), foi de 18,4% para os adolescentes. O indicador de experimentação de cigarros foi maior para os meninos, com 19,4%, e para as meninas 17,4%. Em uma revisão sistemática que verifica a prevalência de consumo de tabaco por adolescentes brasileiros, com idade de 10 e 19 anos, mostra que o consumo de tabaco variou entre 2,4% a 22%, tendo como prevalência média de 9,3% (BARBOSA FILHO *et al.*, 2012). Legnani *et al.* (2009) mostram em seu estudo os principais CRS em escolares da tríplice fronteira (Brasil, Argentina e Paraguai), os resultados identificam que a prevalência de consumo de cigarros foi de 6,5%, e a prevalência maior é dos adolescentes argentinos. Dados do Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA) apontam uma prevalência média de 5,2%, com variações entre 2,0% em Aracaju (SE) a 10,3% em Campo Grande (MS) (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

Com relação ao álcool, o seu consumo também está relacionado à problemas na saúde na idade adulta e de se tornar um hábito de consumo quando mais velhos. O consumo de bebida alcóolica em excesso na adolescência se associa ao baixo rendimento acadêmico, acidentes, violências e a outros consumos prejudiciais como o tabaco e drogas ilícitas (JOHNSTON *et al.*, 2015; WHO, 2014).

No Brasil, a PeNSE relata que 55,5% dos adolescentes já experimentaram pelo menos uma dose de bebida alcóolica. Barbosa Filho *et al.* (2012) em revisão sistemática afirmar que a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi de 34,9%, com variações de 23% a 67,7%. Legnani *et al.* (LEGNANI *et al.*, 2009) em estudo com adolescentes da tríplice fronteira, afirmam que a prevalência do consumo de álcool foi de 56,6% (ingerir pelo menos uma dose nos últimos 30 dias), sendo a maior prevalência de álcool entre os adolescentes argentinos. Os resultados do ERICA mostram prevalência média de 21,2%, com variações de 10,1% em Natal (RN), chegando a 35,6% em Porto Alegre (RS) (COUTINHO *et al.*, 2016).

Quanto ao uso de drogas ilícitas, segundo a OMS, o uso intenso, principalmente da cannabis – maconha (uma das mais utilizadas na adolescência) está associado à comprometimento cognitivo, baixo rendimento acadêmico, agressão, depressão e ansiedade (WHO, 2012). Além disso o uso dessas substâncias na adolescência pode trazer consequências agudas e crônicas. Sua utilização interfere a aspecto social e emocional, podendo diminuir a motivação, cognição e memória, e a capacidade de agravar os distúrbios mentais existentes (CHATTERJI, 2006).

No Brasil, a PeNSE (2015) analisou o uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína, crack, cola, loló, lança-perfume, ecstasy, oxy, etc) em adolescentes e mostrou que 9,0% já usaram alguma dessas drogas, sendo 9,5% entre os meninos e 8,5% entre as meninas. E a tendência é que essa prevalência vai aumentando conforme aumenta-se a idade do adolescente. Em estudos internacionais os resultados são semelhantes, Neto *et al.* (2012) realizaram um estudo com adolescentes portugueses e o consumo de drogas ilícitas, e identificaram que 14,6% já fizeram o uso de drogas alguma vez na vida, sendo o sexo masculino com 16,5% e o sexo feminino 12,8%. E Currie *et al.* (2012) mostram que cerca de 17% dos adolescentes com idade de 15 anos dos países da Europa e da América do Norte relataram ter utilizado maconha ao menos uma vez na vida.

Um estudo realizado em Portugal mostra que há uma alta prevalência (próximas ao Brasil) no consumo dessas substâncias viciantes na adolescência, nesta população do estudo 15,3% consumiam bebidas alcoólicas regularmente, 14,8% já havia feito o uso do tabaco e quanto as drogas ilícitas, 16,7% relataram já ter feito uso dessas drogas (SILVA; ROCHA; SANTOS, 2018).

É importante ressaltar também os comportamentos de risco de consumo mencionados neste tópico e nos tópicos anteriores tendem a ter uma exposição simultânea entre eles e a chance de exposição é maior em faixas etárias mais altas da adolescência. Um estudo representativo realizado em Pernambuco, mostra que 58,5% das adolescentes estudadas apresentaram dois ou mais comportamentos de forma simultânea, enquanto apenas 10% não estavam expostos a comportamentos de risco (BRITO; HARDMAN; BARROS, 2015). Um outro estudo representativo feito em Curitiba, também mostra a alta prevalência de agregação de comportamentos de risco, na população deste estudo 50,75% foram classificados com dois ou mais comportamentos de risco à saúde e 25% apresentaram pelo menos três comportamentos (MAZZARDO *et al.*, 2016). Ou seja, mostra que todos os comportamentos mencionados quando o adolescente é exposto a um deles além de ser um risco para a saúde do adolescente, também é um risco para agregar mais comportamentos e poder ser ainda mais nocivo à saúde.

2.2.2 Comportamento sedentário na adolescência

Mundialmente, tempo em comportamento sedentário, principalmente na adolescência, vem aumentando ao longo dos anos. Estudos internacionais mostram que os adolescentes passam aproximadamente 7,7 horas pelo menos por dia em comportamentos sedentário (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018). Este comportamento tem recebido uma atenção crescente, além de ter se tornado um problema de saúde pública (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

O comportamento sedentário engloba várias atividades do dia-a-dia, nos domínios do lazer (conversando com amigos, assistindo televisão, usando computador, videogame), no deslocamento (ao dirigir, trafegar sentado no transporte público), e em ambiente escolar, ou no trabalho, onde os indivíduos tendem a passar longos períodos do dia sentados (OWEN *et al.*, 2010). Um comportamento sedentário que vem aumentando cada vez mais em proporções maiores que os outros é o chamado comportamento de tela, onde engloba tempo de uso de computadores, televisão, vídeo game e celulares (SCHAAN CW, CUREAU FV, SBARAINI M, SPARREBERGER K, KOHL III HW, 2019).

Estudos mostram que a prevalência de alto tempo em comportamento sedentário em tela é de 74% entre adolescentes norte-americanos (KANN *et al.*, 2014), 59,2% entre adolescentes espanhóis (MIELGO-AYUSO J, APARICIO-UGARRIZA R, CASTILLO A, RUIZ E, AVILA JM, ARANCETA-BARTRINA J *et al.*, 2017) e 76,9% entre adolescentes no Reino Unido (PEARSON N, SHERAR LB, 2019). No Brasil, uma meta-análise mostrou que 70,9% dos adolescentes possuem elevado tempo de comportamento sedentário em tela (SCHAAN CW, CUREAU FV, SBARAINI M, SPARREBERGER K, KOHL III HW, 2019).

A última recomendação publicada de tempo de tela é do *American Academy of Pediatrics*, sendo recomendado não ultrapassar duas horas por dia (“American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. *Pediatrics*”, 2001). Porém, atualmente esta recomendação pode ser obsoleta, já que os recursos tecnológicos contribuem para a extrapolação deste tempo.

O comportamento sedentário é um risco à saúde, pois ele está associado positivamente com doenças cardiovasculares, diabetes, colesterol alto, sobrepeso e obesidade, além de depressão e ansiedade, assim quanto maior o tempo em comportamento sedentário, maior a relação com a mortalidade por todas as causas e cardiovascular (BRASIL, 2021). Entretanto ainda são escassos estudos que mostrem

resultados prospectivos sobre as consequências deste comportamento, além de não estar bem definido uma recomendação de tempo máximo do comportamento sedentário. Apenas sugere-se que uma hora de atividade física moderada à vigorosa por dia, pode minimizar os malefícios que o sedentarismo pode causar. (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

2.2.3 Atividade física insuficiente na adolescência

A recomendação do Guia de atividade física para população brasileira aos adolescentes, é a prática de 420 minutos de atividade física moderada a vigorosa (AFMV) por semana, para que assim se tenha benefícios à saúde na adolescência, como prevenção de diabetes, hipertensão, obesidade e doenças ósseas, e da mesma forma influencie positivamente a vida adulta (BRASIL, 2021; 2018 PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018). Os adolescentes que não cumprem esta recomendação da OMS são denominados de insuficientemente ativos, ou seja, realizam menos de 420 minutos/semana de AVMV. A AF insuficiente é um dos problemas da saúde pública, onde tem sido considerada responsável por milhões de mortes anuais mundialmente, pelo fato de ter efeitos sobre doenças crônicas não transmissíveis (SALLIS *et al.*, 2016).

Globalmente 81,0% dos indivíduos de 11 a 17 anos se classificam como insuficientemente ativos fisicamente, sendo uma prevalência maior das meninas com 84,7% delas, e quanto aos meninos 77,6% possuem esta classificação (GUTHOLD *et al.*, 2020).

No Brasil, a proporção de insuficientemente ativos é igualmente alta, onde aproximadamente 83,6% dos adolescentes possuem esta classificação, 89,4% meninas e 78,0% meninos (GUTHOLD *et al.*, 2020), segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015 apenas 20,3% dos adolescentes brasileiros reportam praticar pelo menos 60 minutos diários de atividade física (IBGE, 2016).

Além disso, a prevalência do nível de atividade física de adolescentes brasileiros, apresenta variações regionais, se associa com a classe econômica, onde a baixa apresenta indivíduos mais ativos, e também apresenta associação com a idade, indivíduos mais velhos tendem a praticar menos atividade física (CUREAU *et al.*, 2016).

Outros estudos também mostram aspectos que se correlacionam com o nível de AF e assim diretamente relacionados à saúde dos adolescentes. Um estudo realizado com adolescentes mexicanos, mostra que a AF está associada positivamente com a aptidão cardiorrespiratória, e negativamente com quantidade de gordura corporal e pressão arterial sistólica (RIVERA-MORALES *et al.*, 2020), mostrando a importância para saúde, de manter altos níveis de AF.

Com o avançar da idade, em especial a partir da adolescência, a tendência é o nível de atividade física do adolescente declinar (CORDER *et al.*, 2015; STEENE-JOHANNESSEN *et al.*, 2020). O estudo de coorte prospectivo de Silva (2018) realizado com 799 adolescentes de 12 a 15 anos, analisando três anos consecutivos, mostra que há reduções significativas no nível de AF total conforme o passar dos anos. Um estudo realizado durante um período de acompanhamento da amostra por 17 anos, mostrou que a prevalência de indivíduos classificados como insuficientemente ativos aumentou 29,8% entre as idades de 13 a 19 anos (WIIUM; BREIVIK; WOLD, 2015).

A prática de AF na adolescência se associa a diversos outros fatores, os principais identificados na literatura são sexo, idade, nível socioeconômico, apoio social, auto eficácia, percepção de imagem corporal, barreiras para a prática e auto percepção de saúde (BACIL, 2017; CUREAU *et al.*, 2016; JANKAUSKIENE *et al.*, 2019; PIOLA *et al.*, 2019; RUIZ-TRASSERRA *et al.*, 2017).

A adolescência é considerada uma importante fase para de adquirir hábitos relacionados à saúde, uma vez que estes hábitos tendem a ser mantidos na vida adulta, trazendo benefícios para o próprio período da adolescência e na idade adulta (FARREN *et al.*, 2017). E devido ao fato desta prática tender diminuir a partir da adolescência, é importante verificar o que se agrega ao aumento e diminuição do NAF nos adolescentes.

Um fator que está associado ao NAF é o comportamento sedentário, comportamento este que tende a aumentar cada vez mais, devido aos avanços e mudanças que vêm acontecendo na sociedade moderna, onde a tecnologia está dominando em muitos quesitos.

2.2.4 Tempo e qualidade do sono na adolescência

O sono tem papel importante na vida dos indivíduos. Em especial na adolescência, o padrão de sono está suscetível a mudanças, visto que passa-se pela maturação sexual, demandas (pressões psicossociais e sociais) e interesses são diferentes à fase anterior e os horários também mudam (CROWLEY *et al.*, 2018; PEREIRA *et al.*, 2010). Além disso na adolescência o sono tende a ser inadequados, pois há um atraso no ritmo cardíaco que está associado à puberdade, há influência de fatores externos como aumento de atividades extracurriculares, exposição à mídias eletrônicas principalmente no período noturno, dentre outros. Assim isso se torna um risco à saúde do adolescente, pois o sono inadequado se associa a risco de obesidade, disfunções metabólicas, alteração no humor, e até baixo desempenho acadêmico (CARSKADON, 2012; OWENS; WEISS, 2017).

Há uma recomendação do American Medical Association / American Academy of Sleep Medicine, de ≥ 8 horas para um sono adequado (OWENS, 2014). E não é recomendado mais de 11 horas de sono. A qualidade do sono é a percepção subjetiva de toda a experiência do sono (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018).

No Brasil, segundo a PeNSE (2015), 11,3% apresenta distúrbios de sono em nível nacional, a proporção de meninas foi de duas vezes maior à dos meninos (15,4% e 6,9%, respectivamente). E os motivos pelos quais os adolescentes relaram estes distúrbios é a ansiedade e preocupações.

Um outro estudo longitudinal realizado com adolescentes brasileiros, mostra que adolescentes com curta duração de sono apresentam maior chance de apresentar transtornos mentais, sendo de maior predominância nas meninas, que também apresentaram aumento destes distúrbios ao longo do tempo. Os autores concluem que a curta duração do sono parece ser problemática para a saúde mental, e isso difere entre os sexos, meninas relatam ter sono mais curtos e assim maior frequência em distúrbios mentais (AGATHÃO *et al.*, 2020).

Um estudo representativo de adolescentes realizado na Eslováquia, mostra que a duração insuficiente do tempo de sono (menos de 8 horas) está associada com piores percepções de saúde no geral e mais especificamente queixas na saúde psicossomática, incluindo dor de cabeça, dor nas costas, irritabilidade, mau humor, nervosismo e tonturas (KOSTICOVA *et al.*, 2019).

O tempo e a qualidade no sono têm grande influência na vida das pessoas, em especial na adolescência. Por isso pesquisas epidemiológicas evidenciam

desfechos ruins à saúde quando há uma baixa duração e qualidade de sono, tendendo a causar problemas cognitivos, físicos e metabólicos (HUANG *et al.*, 2010; MAK *et al.*, 2012).

2.3 PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NA ADOLESCÊNCIA

A qualidade de vida tem a denominação de saúde percebida e engloba componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais e como são percebidos pelos indivíduos, por isso chamamos de percepção de qualidade de vida (PQV). Esta percepção é influenciada por fatores como as características do adolescente e da família, o estado econômico, estilo parental e acontecimentos da vida (GASPAR; MATOS, 2008).

Uma outra definição para a PQV é: percepção do indivíduo em relação a sua posição sociocultural na vida, seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1995). Ela engloba o bem-estar físico, social, emocional e também envolve a satisfação pessoal em diferentes situações da vida, e quando ela é analisada com relação à saúde (qualidade de vida relacionada à saúde – QVRS), tem o propósito de complementar informações objetivas associadas às morbimortalidades e níveis de percepção de bem-estar, e uma das principais preocupações de monitorá-la em idades jovens se destaca em razão das repercussões sobre a percepção qualidade de vida nesta idade e em idades adultas (GUEDES; GUEDES, 2011b).

A qualidade de vida é uma medida utilizada na saúde pública, os estilos de vida dos indivíduos são baseados na interação e condições de vida e características pessoais, o que pode influenciar diretamente a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde. A QVRS é descrita como um constructo que engloba aspectos do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais que são percebidos pelo próprio adolescente ou pelos outros. A avaliação da QVRS nas crianças e adolescentes é importante para identificar grupos que estão em risco e com problemas de saúde (GASPAR, T.; MATOS, M.G., 2008).

Durante a adolescência podem ser iniciados os estilos de vida pouco saudáveis, arriscando a percepção de qualidade de vida (LIMA-SERRANO *et al.*, 2016). O estudo de Lima-Serrano *et al* (2016) demonstra que o comportamento semanal de altos níveis

de atividade física se relaciona à PQV, embora uma minoria cumpra a recomendação da OMS. Os autores mostram que a pouca realização da atividade física está relacionada com o mau desempenho escolar, baixa autoestima, exclusão social e baixa percepção de qualidade de vida. E, quanto ao sexo, as meninas apresentam menor qualidade de vida percebida.

Em revisão de literatura Soares *et al.* (2011) afirmam que há um grande crescimento de produções científicas que contemplem a PQV, porém aquelas ligadas à saúde do adolescente, ainda é escasso no Brasil. Os autores observaram que os estudos que avaliam a percepção de qualidade de vida em crianças e adolescentes têm sido considerados em algumas ocasiões, apenas como uma medida clínica complementar para indivíduos com doenças crônicas, transplantados ou que fazem tratamentos de longo prazo. Assim, sendo necessários estudos que abordem a qualidade de vida, valorizem a perspectiva de crianças e adolescentes na sua fase de desenvolvimento.

Em um estudo longitudinal realizado na Alemanha realizado com crianças e adolescentes, mostrou que a PQV tende a ser menos positiva com o passar do tempo, as meninas tendem a ter uma percepção menor da QV, em termos de escore, os autores colocam que problemas com a saúde mental e fatores socioeconômico estão negativamente associados a PQV, e a autoeficácia e apoio social afetam positivamente o desenvolvimento da PQV em adolescentes (OTTO *et al.*, 2017).

A QVRS também está relacionada com a prática de atividade física. Os adolescentes que passam mais tempo praticando atividade física de equipe ou individual, que dormem na quantidade de tempo adequado e têm elevados níveis de atividade física estão positivamente associados a uma melhor percepção de QVRS quando comparados com adolescentes com altos níveis de sedentarismo (CASEY *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2016).

2.4 ESTADO NUTRICIONAL E *BULLYING* NA ADOLESCÊNCIA

O estado nutricional pode ser obtido pelo índice de massa corporal (IMC) e normalmente são classificados como baixo peso, peso normal, sobrepeso e obesidade (LIU *et al.*, 2016). A obesidade e o de excesso de peso se tornou uma epidemia global, e isso pode levar os adolescentes a prejuízos à saúde como maior risco de desenvolver cânceres, doenças cardiovasculares, diabetes, entres outros

(GONG *et al.*, 2019; WHO, 2000). Essas condições adversas à saúde física, juntamente com problemas psicológicos e sociais, incluindo insatisfação corporal, baixa autoestima, depressão e *bullying* escolar, visto que o excesso de peso e/ou obesidade é a principal razão para o *bullying* entre os adolescentes (LIU *et al.*, 2016; PUHL *et al.*, 2015), resultam em riscos adicionais para a saúde do indivíduo com excesso de peso e obesidade (GONG *et al.*, 2019).

No Brasil, o motivo mais citado pelos adolescentes se envolverem com o *bullying* é a aparência do corpo (PENSE, 2021), e isso acontece por causa dos estigmas relacionados ao peso. Muitas vezes é atribuída culpa aos indivíduos com excesso de peso por não conseguirem controlar seu peso e portanto são responsáveis por seu estado nutricional (GONG *et al.*, 2019). Assim, as pessoas podem ter percepções negativas de indivíduos com sobrepeso ou obesidade, acusando-os de serem preguiçosos, desleixados e sem disciplina e isso pode resultar em *bullying* (PEARL, 2018).

Apesar de adolescentes com baixo peso também estarem suscetíveis ao envolvimento com *bullying*, em sua maioria adolescentes com sobrepeso e obesidade tendem a se envolver mais. Embora o sobrepeso e a obesidade estejam associados à vitimização, é importante ressaltar que algumas pesquisas mostram que também estão associados com a perpetração. O estudo de Griffiths *et al.* (2006) mostra que meninos obesos tinham, 1,66 vezes mais probabilidade de serem agressores em comparação com os meninos sem obesidade. Kim, Yun e Kim (2016) relataram que estudantes com excesso de peso eram mais propensos a intimidar fisicamente outros estudantes em comparação com os indivíduos de peso normal.

3.0 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este estudo se caracteriza como inquérito descritivo correlacional de corte transversal (THOMAS; NELSON; SILVERMAN, 2012), possibilitando analisar a associação do *bullying* com comportamentos de risco à saúde (comportamento sedentário, níveis insuficientes de atividade física, sono insuficiente, uso de tabaco, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas) e percepção de qualidade de vida em adolescentes da rede pública de ensino da cidade de Maringá-PR.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.2.1 População

A população de interesse do estudo são todos os estudantes do ensino médio de 15 a 17 anos, do sexo feminino e masculino, da rede de ensino público da cidade de Maringá, Paraná, Brasil. Segundo o IBGE (2021) esta população é composta por 12.130 indivíduos matriculados (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2021b).

Maringá é um município de porte médio-grande, é o terceiro maior do estado em termos populacionais, com uma população média de 436 472 habitantes e possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,808 (IBGE, 2010) e um Índice de Gini de Renda Domiciliar per Capita (indicador de desigualdade) de 0,4937 (IBGE, 2010).

3.2.2 Amostra

A amostra de adolescentes foi selecionada de forma aleatória estratificada pela idade de 15 a 17 anos, matriculados nas turmas de ensino médio, das escolas estaduais da cidade de Maringá-PR.

3.2.2.1 Cálculo amostral

O cálculo amostral foi realizado a partir da seguinte equação (LUIZ; MAGNANINI, 2000):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 NP(100 - P)}{\varepsilon^2 (N - 100) + Z_{\alpha/2}^2 P (100 - P)}$$

Sendo n= tamanho da amostra; $Z^2_{\alpha/2}$ = nível de confiança; N= tamanho da população; P= prevalência; ε = erro relativo.

Foi adotado o nível de confiança de 95% ($dp=1,96$) e o erro amostral de três pontos percentuais. Foi determinado a proporção de 20% dos adolescentes (PENSE, 2015), uma vez que as prevalências de indivíduos que se envolvem com o *bullying* estão acima deste valor. Assim, a amostra mínima para o estudo é composta por 652 escolares. Para corrigir o erro relacionado ao processo de seleção amostral foi acrescentado o efeito de delineamento de 1,5 (1011 escolares), e somado a isso para minimizar perdas relacionadas à recusa de participação no estudo, não entrega do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos pais ou responsáveis, preenchimento incorreto do questionário, dados incompletos, falta de dados antropométricos, desistência na participação do estudo e indivíduos com deficiência física e mental, foi acrescentado mais 30% de adolescentes (293), resultando em um total de 1.271 escolares a serem coletados, sendo 636 meninos e 636 meninas.

O cálculo também foi realizado considerando a associação entre as variáveis dependentes do estudo, utilizando o método de Cochran-Mantel-Haenszel (LACHIN, 2011) para análises de associação entre variáveis dicotômicas. O *bullying* foi considerado como a variável de exposição principal. Os desfechos do estudo e para os quais os cálculos de tamanho de amostra foram feitos foram os seguintes: fumo (tabaco), consumo de álcool, uso de drogas ilícitas, baixa qualidade de sono, prática insuficiente de atividade física, comportamento sedentário e percepção de qualidade de vida. Um total de sete cálculos de tamanho de amostra foram realizados (tabela 1).

Todos os cálculos foram realizados considerando um nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de expostos para não expostos de 1:1. Para cada cálculo,

a prevalência do desfecho em cada grupo da exposição foi considerada como 50% - valor padrão quando não se tem informação sobre a prevalência dos desfechos nos grupos de exposição. As OR estimadas foram obtidas a partir de estudos prévios da literatura (tabela 1).

TABELA 1. CÁLCULOS AMOSTRAIS PARA DESFECHOS DE INTERESSE DO ESTUDO

| Desfecho | Referência | Associação (OR)* | n** |
|--------------------------------|--|-------------------------|------------|
| Fumo | (MOORE <i>et al.</i> , 2017) | 1,62 | 552 |
| Consumo de álcool | (PELEG-OREN <i>et al.</i> , 2012) | 1,77 | 398 |
| Uso de drogas ilícita | (SHAWKI; AL-HADITHI; SHABILA, 2021) | 2,43 | 172 |
| Baixa qualidade do sono | (MOORE <i>et al.</i> , 2017) | 1,73 | 430 |
| Atividade física insuficiente | (HENRIKSEN <i>et al.</i> , 2015) | 2,39 | 178 |
| Comportamento sedentário | (HERTZ <i>et al.</i> , 2015) | 1,50 | 776 |
| Percepção de qualidade de vida | (HIDALGO-RASMUSSEN <i>et al.</i> , 2018) | 2,30 | 180 |

FONTE: O autor (2024).

*OR estimados foram obtidos da literatura; **n representa o tamanho de amostra calculado, considerando um nível de significância de 5%, poder de 80% e razão de expostos para não expostos de 1:1

O tamanho da amostra necessário para o estudo variou de 172 (uso de drogas ilícitas) até 776 indivíduos (Comportamento sedentário). Então do maior valor houve um acréscimo de 30% para possíveis perdas e recusas, e o tamanho amostral mínimo estimado foi de 1009 adolescentes.

Considerando os dois cálculos, foi considerado o que apresentou um maior número de adolescentes, sendo o n mínimo para a coleta uma amostra de 1.271 adolescentes - 636 meninos e 636 meninas.

3.2.2.2 Seleção da amostra

A partir da divisão por bairro da cidade de Maringá-PR foram sorteadas escolas das regiões norte, sul, leste, oeste e central (uma de cada região) e conforme o número de alunos matriculados em cada uma delas. Assim a amostra foi selecionada de forma probabilística em quatro estágios: 1º) todas as escolas estaduais foram listadas e estratificadas de acordo com cada uma das regionais; 2º) foi realizado sorteio de uma escola de cada regional; 3º) foi realizada uma seleção aleatória simples

de uma turma ou mais (conforme a quantidade de alunos que represente a região);
4º) todos os alunos da turma foram convidados a participar do estudo.

3.2.2.3 Critério de exclusão do estudo

Seguindo os critérios para a seleção da amostra e visando diminuir potenciais fatores de confusão, foram adotados os seguintes critérios de exclusão: os adolescentes com deficiência física ou mental, sejam estes momentâneos ou permanentes, sendo esta informação reportada pelo avaliado ou por seus pais ou responsáveis, e adolescentes gestantes.

E foi tratado como perda amostral quem não apresentou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais, adolescentes que não concluíram todas as avaliações do estudo ou desistiram de participar depois de iniciada a intervenção.

3.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

3.3.1 Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre do ano de 2022 por uma equipe treinada de graduandos, mestrandos e doutorandos em Educação Física. Foi feito um estudo piloto para treinamento dos avaliadores e para verificar a operacionalização da coleta de dados, visando melhorar a confiabilidade da coleta de dados.

Para a realização da coleta de dados, primeiramente foi obtida a autorização da Secretaria Estadual de Educação (SEED) (ANEXO 1). O estudo seguiu as normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos e do Conselho Nacional de Saúde (resolução nº 466/2012), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Cesumar, CAAE: 57872522.6.0000.5539 (ANEXO 2).

Após isso, a pesquisadora principal entrou em contato com as escolas sorteadas para obter a autorização para realização do estudo e para agendar um dia de visita à escola para apresentar os objetivos e relevância do estudo e esclarecer possíveis dúvidas da direção e dos professores da escola.

Um dia antes da coleta de dados em cada escola, foi entregue aos alunos das turmas sorteadas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais ou responsáveis autorizarem seus filhos a participarem da pesquisa (APÊNDICE 1) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) para os adolescentes assinarem e concordarem em participar da pesquisa (APÊNDICE 2). Estes documentos deveriam ser assinados e devolvidos no dia da coleta de dados para que os alunos pudessem participar do estudo.

A pesquisadora e a equipe foram até a escola no dia seguinte para recolher os TCLE e os TALE e na sequência foi realizado o preenchimento do questionário (APÊNDICE 3) na sala de aula e as medidas antropométricas em um espaço separado.

3.3.2 Instrumentos utilizados

Os dados da pesquisa foram autorreportados (exceto peso e altura). Os instrumentos e pontos de cortes que foram utilizados para cada variável foram os seguintes:

QUADRO 2: VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PONTOS DE CORTE DO ESTUDO

(continua)

| | Variável | Instrumento | Pontos de corte |
|---------------------|-------------------------------|--|---|
| Independente | <i>Bullying</i> (Perpetrador) | Questionário de <i>Bullying</i> de Olweus - QBO | Perpetrador (uma ou mais vezes por semana); Não agressor (nenhuma; uma ou duas vezes por mês). |
| | <i>Bullying</i> (Vítima) | Questionário de <i>Bullying</i> de Olweus - QBO | Vítima (uma ou mais vezes por semana); Não vítima (nenhuma; uma ou duas vezes por mês). |
| Dependentes | Comportamento sedentário | QASA | Escore em tercil: Alto, médio e baixo tempo em comportamento sedentário. |
| | | Versão curta da Escala de Vício no <i>Smartphone</i> | Uso problemático do <i>Smartphone</i> (≥ 33 pontos de média); sem uso problemático do <i>Smartphone</i> (≤ 32 pontos de média). |
| | Nível de atividade física | PAC-A | Escore pela mediana: menos ativos e mais ativos |
| | Tempo do sono | Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh | Inadequado (< 8 horas/dia) adequado (≥ 8 horas/dia) |
| | Qualidade do sono | Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh | Soma das 10 dimensões do questionário divididas por: < 5 pontos boa qualidade e ≥ 5 pontos má qualidade. |

QUADRO 2: VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PONTOS DE CORTE DO ESTUDO (continuação)

| | Variável | Instrumento | Pontos de corte |
|------------------------------|--------------------------------|--------------|---|
| Dependentes | Tabaco | contYRBS | Risco (Fumou cigarro, fumo de corda, cachimbo, cigarrilha, pequenos cigarros, ou mastigou fumo em pelo menos 1 dia nos últimos 30 dias) e sem risco (não ter consumido) |
| | Drogas ilícitas | YRBS | Risco (consumido algum tipo de droga ilícita nos últimos 30 dias) e sem risco (não ter consumido) |
| | Bebidas alcoólicas | YRBS | Risco (ter consumido pelo menos 1 dose de bebida alcoólica nos últimos 30 dias); Sem risco (não ter consumido) |
| | Percepção de qualidade de vida | KIDSCREEN-52 | Baixa percepção de qualidade de vida (escore igual ou menor a 49); Alta percepção de qualidade de vida (escore igual ou maior a 50). |
| Moderadora e controle | Classe econômica | ABEP | Baixa (classes C, D, E), média (classes B1 e B2) e alta (classe A). |
| | Estado Nutricional | IMC | ≤1 desvio padrão: sem excesso de peso e >1 desvio padrão: com excesso de peso* * A partir da classificação do escore Z da amostra |
| | Sexo | Anamnese | Feminino e masculino |
| | Faixa etária | Anamnese | 15-16-17 anos completos |

FONTE: O autor (2024).

3.3.2.1 *Bullying*

Para avaliar e classificar vítimas e agressores do *Bullying* foi utilizado o Questionário de *Bullying* de Olweus – QBO (OLWEUS, 1996), que é a versão brasileira do Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ) (GONÇALVES *et al.*, 2016). Este instrumento autorreportado contém 23 itens que investigam se os indivíduos já experimentaram e/ou se envolveram em comportamentos de *bullying* e com que frequência nos últimos 30 dias. Os valores de confiabilidade de Cronbach são: $\alpha = 0,85$ para a escala de vítimas e $\alpha = 0,87$ para escala de perpetração/intimidação.

O QBO possui duas partes distintas, uma da vitimização e a outra de perpetração, ambas com 23 itens e com escala do tipo *Likert* de três categorias,

refletindo a frequência de tais comportamentos: Nenhuma vez; Uma ou duas vezes por mês; Uma ou mais vezes por semana. Nas duas partes também possui uma questão que se refere exclusivamente o *cyberbullying*, permitindo identificar o agressor ou a vítima também pelos meios eletrônicos e sociais.

Foram classificados como vítimas e/ou perpetradores do *Bullying* ou *Cyberbullying* aqueles que responderem terem se envolvido “Uma ou mais vezes por semana”.

3.3.2.2 Comportamento sedentário

O comportamento sedentário foi avaliado pelo Questionário de Atividades Sedentárias (QASA) para adolescentes (HARDY; BOOTH; OKELY, 2007), na versão para brasileiros (GUIMARÃES *et al.*, 2013). Este instrumento fornece informações do tempo gasto em diferentes tipos de atividades sedentárias durante a semana e fim de semana de uma semana comum. O QASA apresenta indicadores positivos de validade e reprodutibilidade em adolescentes brasileiros (CCI 0,88; intervalo de confiança de 95% (IC95%) 0,82–0,91 para dia de semana e 0,77 (IC-95%= 0,68-0,84) para final de semana). Este questionário contempla 13 itens em cinco aspectos (tempo de tela, educacional, cultural, social e transporte). Os indivíduos respondentes devem relatar o tempo gasto em atividades sedentárias em horas e/ou minutos durante cada dia da semana e durante um final de semana.

A classificação se deu pelo tempo de comportamento sedentário pelo tercil de horas apresentado pela amostra, assim divididos em “Alto”, “Médio” e “Baixo” tempo em comportamento sedentário.

Também foi aplicada a Versão curta da Escala de Vício no *Smartphone* (SAS-SV) (ANDRADE *et al.*, 2020) para verificar se o adolescente é classificado com uso problemático do *Smartphone* ou sem uso problemático do *Smartphone*. O SAS-SV apresenta boa confiabilidade ($\alpha = 0,81$; $\omega = 0,78$), este questionário é constituído por dez questões sobre o uso do aparelho, com opções de resposta em escala do tipo *Likert*, de 1 a 6, indo do “Discordo totalmente” até o “Concordo totalmente”. A partir do escore que pode variar de 10 a 60 pontos, o ponto de corte apontado pelos autores é de 33 para meninos e meninas. Sendo assim aqueles que apresentarem o escore maior do que 33 foi considerado com uso problemático do *Smartphone*.

3.3.2.3 Atividade física

Para avaliar se o adolescente se encontra em níveis insuficientes de atividade física, foi avaliado o nível de atividade física através do questionário *Physical Activity Questionnaire for Adolescents* PAQ-A (KOWALSKI; CROCKER; KOWALSKI, 1997) na versão pra adolescentes brasileiros (GUEDES; GUEDES, 2015). Este questionário é direcionado para adolescentes de 14 a 18 anos, dimensionando aspectos da prática de atividade física nos últimos 7 dias através de 8 questões com as opções de respostas em escala do tipo *Likert* de medida crescente de 1 a 5.

O PAQ-A reúne informações quanto à frequência de atividade física no tempo livre por meio de uma relação de 22 opções de atividades mais comuns de lazer ativo e prática de esporte, com possibilidade de acréscimo de outras atividades não previstas no instrumento. Também há questões relacionadas à prática de atividade física em intensidade moderada à vigorosa durante as aulas de educação física, períodos específicos de dias da semana (manhã, tarde e noite) e nos finais de semana. E por fim solicita-se que seja identificado o nível de atividade física dos últimos 7 dias e sua frequência de prática especificamente em cada dia.

O questionário apontou um escore de 1 a 5 equivalente ao nível de atividade física, computando uma média aritmética das pontuações atribuídas a cada questão (GUEDES; GUEDES, 2015). A partir disso, foram classificados em: menos ativos e mais ativos, com a mediana dos resultados da amostra.

3.3.2.4 Tempo e Qualidade do sono

O tempo e a qualidade do sono dos adolescentes foram avaliados através do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) (BUYSSE *et al.*, 1989), traduzido e validado para adolescentes brasileiros (PASSOS *et al.*, 2017). O PSQI é uma ferramenta com alta consistência interna ($\alpha=0,82$) e confiabilidade adequada na avaliação dos distúrbios de sono. O questionário possui 19 questões sobre o tempo, qualidade e distúrbios de sono nos últimos 30 dias.

A avaliação do sono se deu tanto pelo tempo quanto pela qualidade do sono. Em relação ao tempo de sono foram considerados indivíduos que possuem tempo de sono inadequado aqueles que tiverem um tempo menor de 8 horas de sono por dia (durante a semana e finais de semana), e adequado tempo de sono aqueles que

tiverem de 8 horas de sono por dia ou mais, de acordo com a American Medical Association/American Academy of Sleep Medicine (AASM, 2023; OWENS, 2014)

Já em relação a qualidade do sono o questionário avalia sete componentes: qualidade subjetiva, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono, distúrbios do sono, uso de medicamentos e disfunção diária. Para cada componente o escore pode variar de 0 a 3, chega-se a um escore de no máximo 21 pontos. Os adolescentes que pontuaram 5 ou mais foram classificados com má qualidade do sono, assim apresentando risco e a pontuação menor que cinco, adequada qualidade do sono, sem risco (PASSOS *et al.*, 2017).

3.3.2.5 Uso de cigarro, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas

Para avaliar o uso de cigarro, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas foi utilizado a versão brasileira para adolescentes (GUEDES; LOPES, 2010) do *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS), desenvolvido pelo *Center for Disease Control and Prevention* (KANN *et al.*, 2016b). Com concordância média Kappa 68,6%, o YRBS avalia comportamentos de risco para a saúde em categorias que podem desencadear morbidades, mortalidades e problemas sociais entre jovens de 12 a 21 anos e contempla questões sobre a frequência de determinados comportamentos nos últimos 30 dias.

O uso do cigarro (fumo), ou também chamado de consumo de tabaco, é considerado um comportamento de risco quando se tenha consumido pelo menos um cigarro nos 30 dias antecedentes à coleta. Sendo então categorizados como risco ter consumido um ou mais cigarro nos últimos 30 dias, e sem risco não ter consumido nenhum.

Assim como o uso do cigarro, o consumo de drogas ilícitas foi considerado como risco aqueles que tenham consumido algum tipo de droga ilícita (pelo menos uma) nos últimos 30 dias anteriores a coleta. E para avaliação do consumo de bebidas alcoólicas foram verificados os indivíduos que consumiram pelo menos uma dose bebida alcoólica nos últimos 30 dias.

3.3.2.5 Percepção de qualidade de vida

Para avaliar a qualidade de vida dos adolescentes foi utilizado o questionário KIDSCREEN-52 que foi validado no Brasil (GUEDES; GUEDES, 2011). Este questionário possui 52 questões distribuídas em 10 dimensões relacionadas à qualidade de vida: Saúde e atividade física; Sentimentos; Estado emocional; Auto percepção; Autonomia e tempo livre; Família/ambiente familiar; Aspecto financeiro; Amigos e apoio social; Ambiente escolar; Provocação/*bullying*. O KIDSCREEN-52 é apropriado para crianças e adolescentes saudáveis e portadoras de doença crônica de 8 a 18 anos.

Neste questionário o α de Cronbach apresenta coeficientes entre 0,725 e 0,894. Os valores de consistência interna na versão criança/adolescente variaram entre 0,725 na dimensão “Auto-Percepção” e 0,894 na dimensão “Aspecto Financeiro”, com valor global médio de 0,817.

As respostas das questões são distribuídas em escala do tipo *Likert* de um a cinco pontos (referentes a acontecimentos na semana anterior) e possui uma versão para pais/tutores, avaliando os mesmos componentes da versão para criança/adolescentes. Neste estudo foi utilizada somente a versão para crianças e adolescentes. O KIDSCREEN-52 proporciona um escore de até 100 pontos, onde quanto maior o resultado, melhor é a percepção de qualidade de vida.

No presente estudo, foi categorizado como alta percepção de qualidade de vida aqueles que obtiveram um escore maior que 50 pontos, e baixa percepção, aqueles com escore igual ou menor que 49 pontos.

3.3.2.6 Classe econômica

A avaliação da classe econômica foi feita pelo Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018). Este critério visa estimar o poder de compra das pessoas e famílias através de utensílios presentes na casa, e o grau de instrução do chefe da família, separando nas classes econômicas entre A (mais alta), B1, B2, C1, C2, D e E (mais baixa). Para este estudo, a amostra foi classificada em classe alta, média e baixa através dos resultados sugeridos pela ABEP, onde a classe alta abrange os indivíduos classificados como A, a classe média com os classificados como B1 e B2 e baixa com os indivíduos de C a E.

3.3.2.7 Estado Nutricional

O estado nutricional foi determinado pelo índice de massa corporal (IMC), classificando os adolescentes em excesso de peso, peso normal ou abaixo do peso. O IMC foi calculado a partir da razão entre a massa corporal e a estatura ao quadrado ($\text{Massa corpora (Kg)} / \text{estatura (m}^2\text{)}$) e classificado de acordo com os pontos de corte baseados no escore Z para a idade e sexo, como sugerido pela OMS (WHO, 2010), que indica quantos desvios padrão, para mais ou menos, o adolescente tem em relação à mediana de IMC da amostra. Foram verificados se existem valores aberrantes na amostra, mas nenhum caso foi identificado.

As medidas de massa corporal e estatura seguiram os seguintes procedimentos (ALVAREZ; PAVAN, 2003): Para mensurar a massa corporal total foi utilizada uma balança digital portátil com resolução de 100g. Os avaliados ficaram em posição anatômica, descalços, vestindo somente roupas leves e de costas para a escala da balança.

A estatura foi aferida pela distância do ponto vértex à região plantar. Para a medição dos avaliados foi utilizado um estadiômetro vertical escalonado em 0,1 cm, no qual os avaliados se posicionaram em pé, na posição anatômica, com os calcanhares encostados na parede e em apneia inspiratória.

A partir da classificação do escore Z da amostra, o presente estudo caracterizou adolescentes sem excesso de peso (baixo peso e peso normal) e com excesso de peso (sobrepeso e obeso).

3.3.2.8 Sexo e faixa etária

O sexo e a faixa foram obtidos por meio de uma anamnese. O sexo classificado em masculino e feminino e a idade foi operacionalizada em anos completos do adolescente.

3.4 TRATAMENTO DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

A amostra foi descrita conforme suas características sociodemográficas, bem como de acordo com os desfechos de interesse, a partir de frequências absolutas e relativas, e teste qui-quadrado (descrição e prevalências). Para as análises de

associação, foi utilizada regressão logística para desfechos dicotômicos e regressão logística ordinal para o desfecho politômico (comportamento sedentário), bruta e em seguida, com ajuste para as variáveis controle (sexo, idade e classe econômica), moderados pelo estado nutricional, com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Foi testado o efeito moderador da variável estado nutricional entre a associação de *bullying* – perpetração e vitimização – e cada desfecho, e uma análise estratificada posterior foi realizada apenas com aqueles pares de exposição e desfecho que tiveram com valor p significativo para interação. Todas as análises foram conduzidas utilizando o software estatístico Stata versão 15.0 (StataCorp LLC, College Station, TX, USA) e consideraram um nível de significância de 5%.

4 RESULTADOS

No total, a amostra avaliada foi de 1.308 adolescentes. Destes, 8,10% (n= 106) dos indivíduos não terminaram de responder o questionário, 3,13% (n= 41) responderam de forma incorreta, 5,81% (n= 76) estavam fora da faixa etária de interesse, 0,92% (n= 12) se negaram participar, 0,15% (n= 2) adolescentes com deficiência e 3,90% (n= 51) não entregaram o TCLE assinado. Portanto a amostral final foi de 1.020 adolescentes.

Desta amostra final de 1.020 adolescentes, 511 são meninos (16,61± 0,67 anos de idade) e 509 são meninas (16,34 ± 0,72 anos de idade). Sendo que 39,4% (n=401) possuem 17 anos, 35,5% (n=362) possuem 16 anos e 25,1% (n=257) possuem 15 anos. Quanto a classe econômica, 55,6% (n=287) dos adolescentes são de classe média, 33,3% (n=340) são de classe alta e 11,1% (n=113) são de classe baixa. Um total de 70,1% (n=715) não apresentam excesso de peso e 29,9% (n= 305) apresentam excesso de peso. Dentre as variáveis que descrevem características da amostra, não apresentam diferenças entre meninos e meninas (tabela 2). A Tabela 2 mostra a descrição das variáveis de caracterização da amostra total e estratificada por sexo, mostrando se há diferença entre meninos e meninas (valor p).

TABELA 2. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA, TOTAL E ESTRATIFICADA POR SEXO DOS ADOLESCENTES DE MARINGÁ, PARANÁ (N=1020)

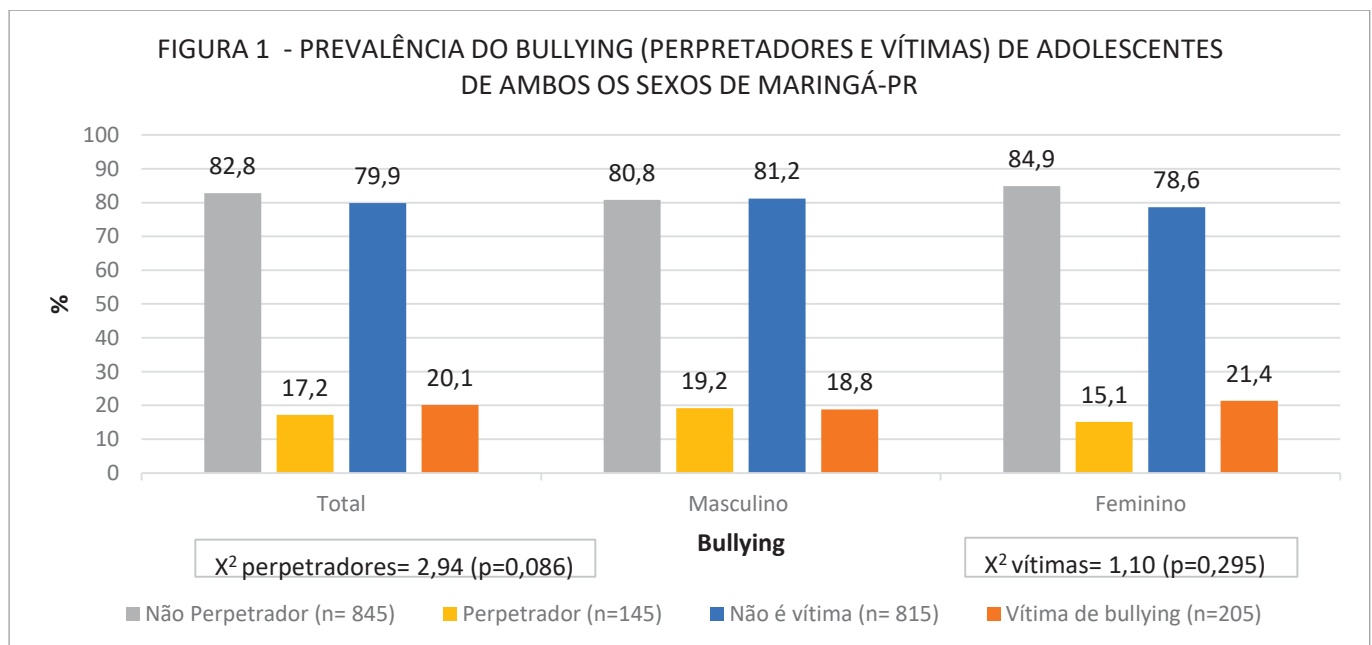
| | Total n (%) | Masculino n (%) | Feminino n (%) | X ² | Valor p |
|--|----------------|--------------------|-------------------|----------------|---------|
| Aspectos sociodemográficos | | | | | |
| Sexo | | | | | |
| Masculino | 511 (50,1) | - | - | | |
| Feminino | 509 (49,9) | - | - | | |
| Idade | | | | | |
| 15 anos | 257 (25,1) | 128 (25,1) | 128 (25,2) | 2.99 | 0.393 |
| 16 anos | 362 (35,5) | 172 (33,7) | 190 (37,4) | | |
| 17 anos | 401 (39,4) | 211 (41,2) | 190 (37,4) | | |
| Classe econômica | | | | | |
| Alta (A) | 340 (33,3) | 168 (32,9) | 172 (33,8) | 0.14 | 0.933 |
| Média (B1 e B2) | 567 (55,6) | 287 (56,1) | 280 (55,0) | | |
| Baixa (C a E) | 113 (11,1) | 56 (11,0) | 57 (11,2) | | |
| Aspecto biológico | | | | | |
| IMC | | | | | |
| Sem excesso de peso (baixo peso e peso normal) | 715 (70,1) | 365 (71,4) | 350 (68,8) | 0.86 | 0.352 |
| Excesso de peso (sobrepeso e obeso) | 305 (29,9) | 146 (28,6) | 159 (31,2) | | |

FONTE: O autor (2024).

X² Teste de Qui-quadrado; p≤ 0,05

4.1 PREVALÊNCIA DO BULLYING (VÍTIMA E PERPETRADOR), DE COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA

Na figura 1, são apresentadas as prevalências do *bullying*, perpetradores e vítimas, estratificados por sexo. Do total da amostra, 17,2% (n= 145) dos adolescentes reportaram serem perpetradores de *bullying*, não havendo diferença significativa entre os sexos, sendo 19,2% (n=98) dos meninos e 15,1% (n= 77) das meninas (p=0.086). Quanto às vítimas, 20,1% (n= 205) reportaram serem vítima de *bullying*, e não houve diferença entre os sexos, dos quais 18,8% (n=96) eram meninos e 21,4% (n= 109) eram meninas (p=0,295).

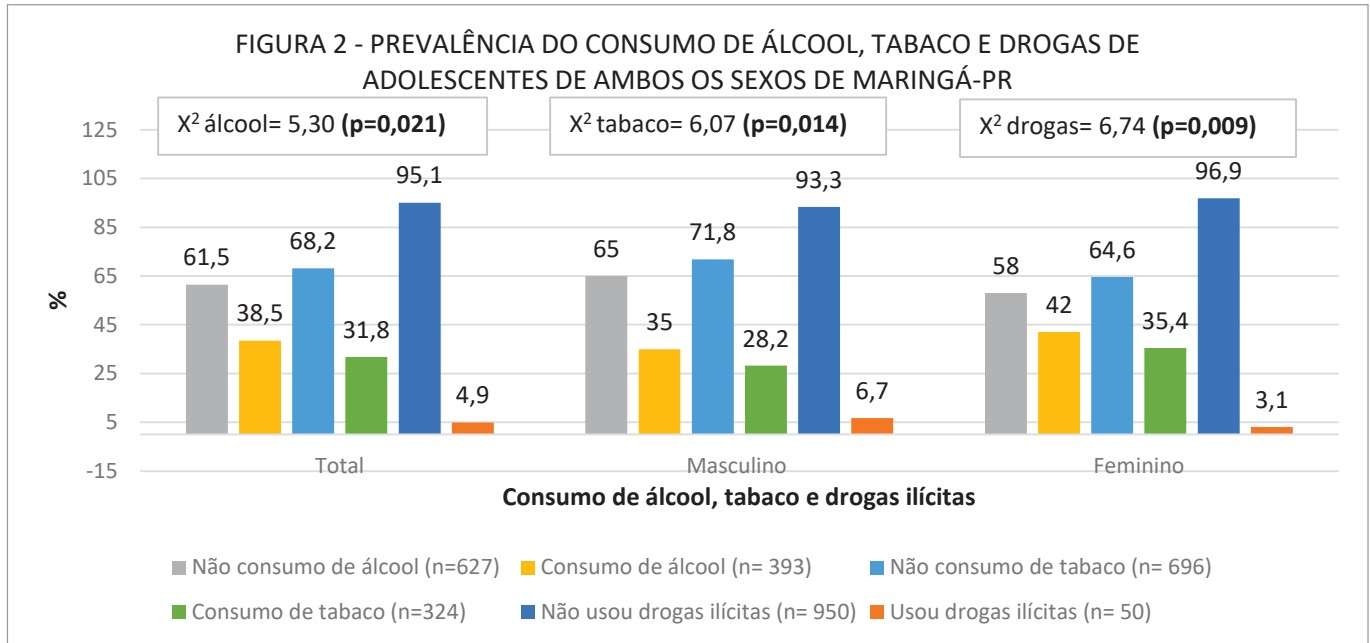


FONTE: O autor (2024).

A figura 2 mostra a prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas dos adolescentes. Do total da amostra, 38,5% (n= 393) dos adolescentes relataram ter consumido álcool, 31,8% (n= 324) dos adolescentes fumaram e 4,9% (n=50) usaram pelo menos uma droga ilícita nos últimos 30 dias.

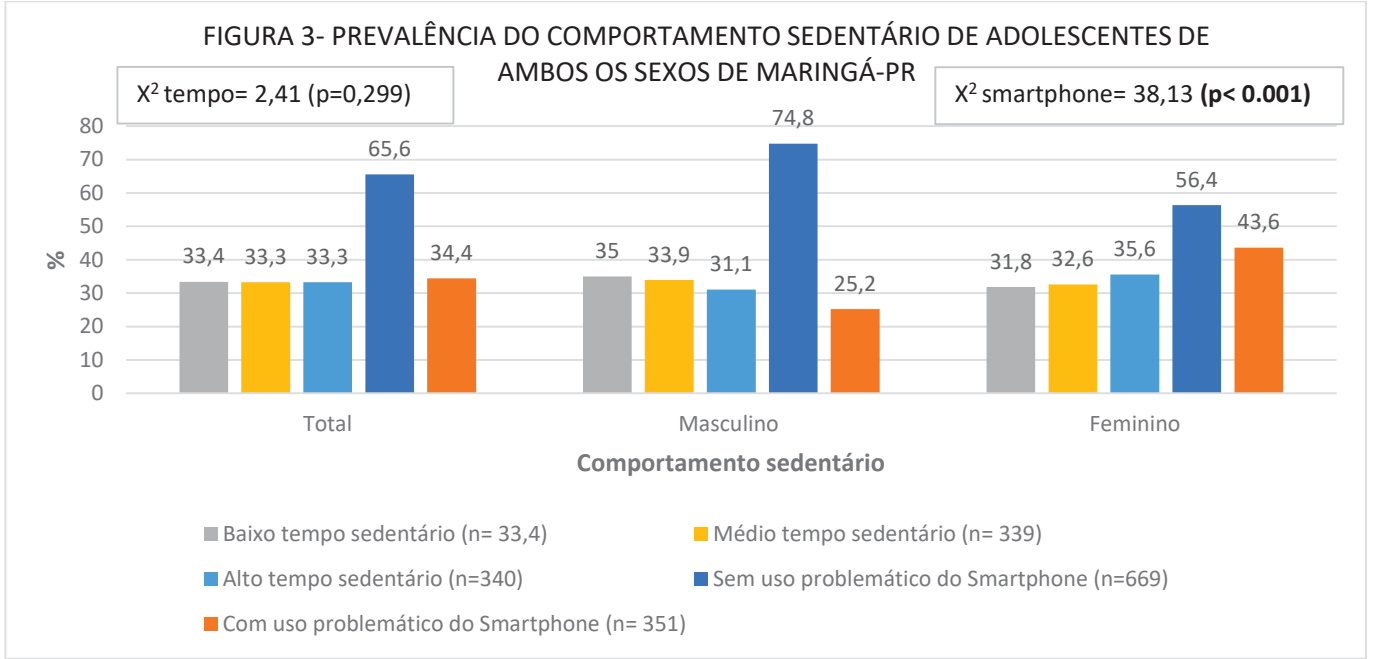
Quanto a diferença entre os sexos, as meninas obtiveram a maior porcentagem no consumo de álcool (p= 0,021) e tabaco (p= 0,014), e os meninos maior porcentagem no consumo de drogas ilícitas (p= 0,009). Sendo que 35% (n= 179) dos meninos e 42% (n= 214) das meninas consumiram álcool, 28,2% (n= 144)

dos meninos e 35,4% (n= 180) das meninas fumaram e 6,7% (n= 34) dos meninos e 3,1% (n= 15) das meninas usaram drogas ilícitas.



FONTE: O autor (2024)

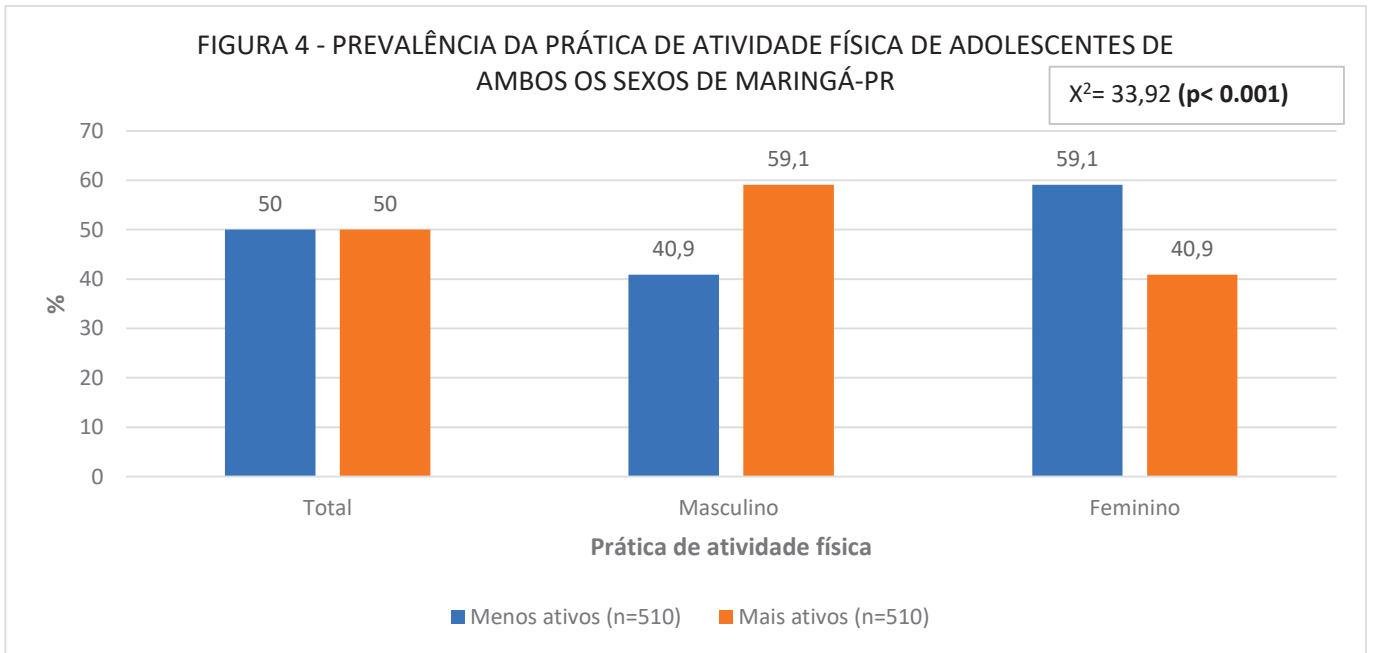
A prevalência do comportamento sedentário está representada na figura 3, contemplando a classificação quanto ao tempo e ao uso problemático do *Smartphone*. Quanto ao tempo do comportamento sedentário não houve diferença entre os sexos (p= 0,299). E o uso do *Smartphone* apresentou as seguintes porcentagens, 65,6% (n= 669) foram classificados sem uso problemático do *Smartphone* e 34,4% (n= 351) com uso problemático do *Smartphone*, e houve diferença entre os sexos (p< 0.001) onde mais meninas (43,6%; n= 222) foram classificadas com uso problemático do que os meninos (25,2%; n= 129) (FIGURA 3).



FONTE: O autor (2024).

NOTA: A classificação do tempo em comportamento sedentário se deu por tercís.

A figura 4 apresenta a prevalência da prática de atividade física total e estratificada por sexo. Houve uma diferença significativa ($p < 0.001$) entre os sexos, sendo que 40,9% (n= 209) dos meninos são menos ativos, enquanto 59,1% (n=301) das meninas são menos ativas.

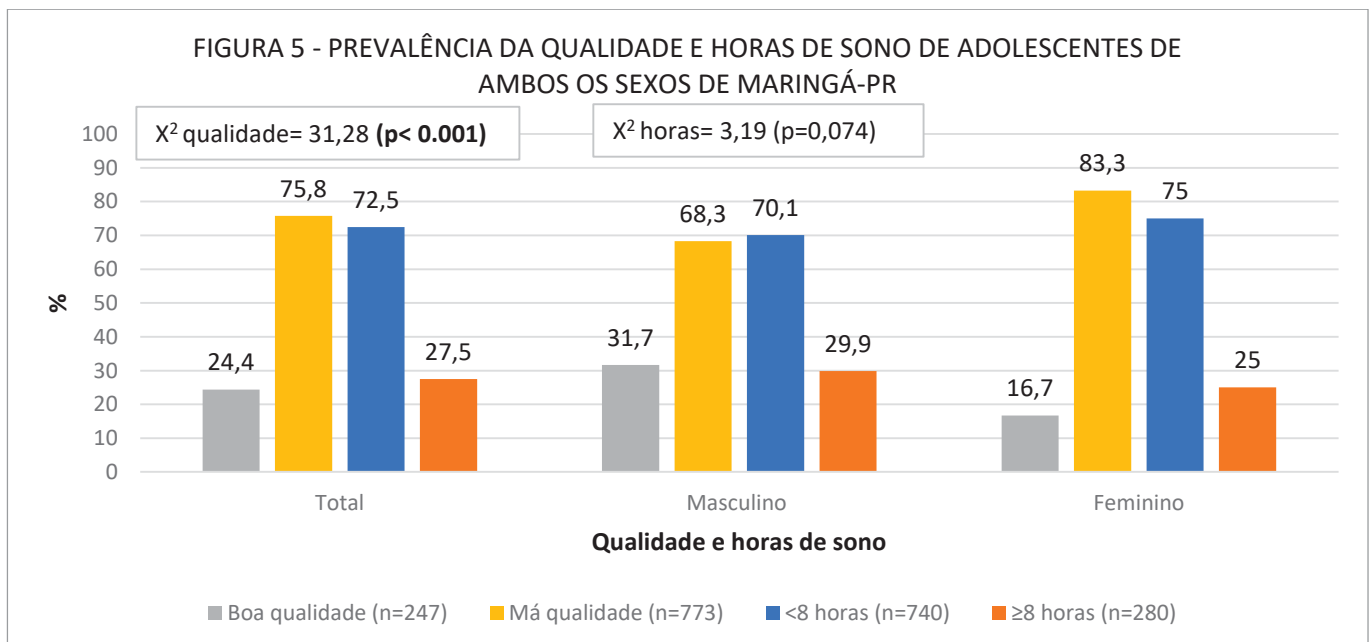


FONTE: O autor (2024).

NOTA: A classificação da atividade física se deu pela mediana

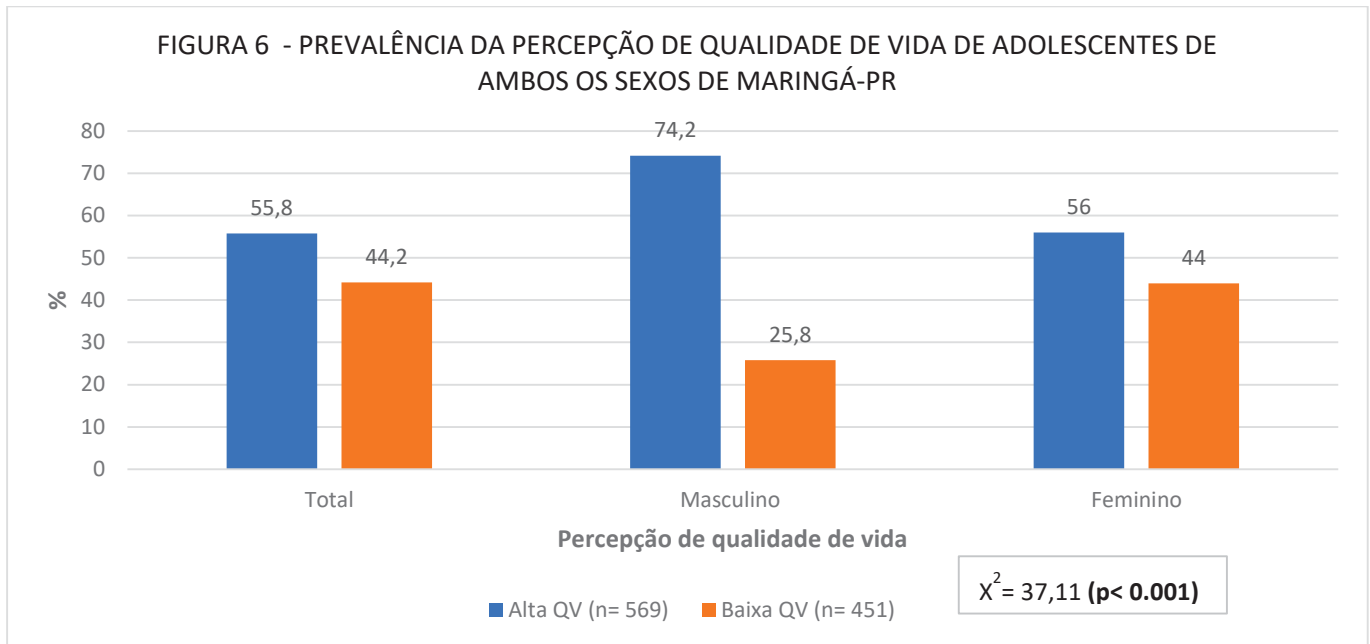
A prevalência de qualidade e horas de sono dos adolescentes de ambos os sexos estão representados na figura 5. A maioria dos adolescentes (75,8%; n= 773) reportaram ter uma má qualidade do sono e houve uma diferença significativa ($p < 0.001$) entre os meninos e as meninas, sendo 68,3% (n= 349) dos meninos possuem uma má qualidade do sono, enquanto 83,3% (n= 424) das meninas possuem esta condição.

Já as horas de sono, a maior parte dos adolescentes (72,5%; n= 740) reportaram dormir menos de oito horas por dia. E não houve diferença significativa entre os sexos ($p = 0,074$) (FIGURA 5).



FONTE: O autor (2024).

A figura 6 mostra a prevalência da percepção de qualidade de vida dos adolescentes. Do total da amostra, 44,2% (n= 451) se classificaram com uma baixa PQV. As meninas tiveram maior prevalência ($p < 0.001$) na condição de baixa PQV, com 44% (n= 224), e os meninos tiveram uma prevalência de 25,8% (n=132) de baixa PQV.



FONTE: O autor (2024).

4.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE PERPETRAÇÃO DO *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E COM A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

A Tabela 3 mostra a associação bruta e ajustada da perpetração de *bullying* com cada comportamento de risco à saúde avaliado e PQV. Odds ratio destacadas em negrito apresentam associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$). A análise ajustada por sexo, classe econômica e idade se manteve bastante similar à análise bruta, com mudança apenas no comportamento sedentário das meninas e da PQV dos meninos, que quando foi feita a análise ajustada não houve mais associação com *bullying*.

Os adolescentes perpetradores de *bullying* apresentaram mais chances (valores ajustados) de estarem no grupo que fez uso do tabaco (OR:1,75; IC%= 1,30-2,55); consumo de álcool (OR=1,83; IC%=1,39-2,71), uso problemático de *Smartphone* (OR=1,53; IC%= 1,09-2,16), pior qualidade de sono (OR= 1,64; IC%= 1,14-2,44) e que faziam mais atividade física (OR= 1,45; IC%= 1,03; 2,01), quando comparados aos não perpetradores (Tabela 3).

Estratificado por sexo, os meninos que realizaram *bullying* tiveram 2,18 (IC%= 1,39-3,42) e 1,92 (IC%= 1,19-3,15) vezes mais chance de consumir álcool e de realizar atividade física, respectivamente, do que os meninos que não praticaram

bullying. E as meninas perpetradoras de *bullying* tiveram 2,16 (IC%=1,32-3,55) vezes mais chance de fumar, 3,61 (IC%= 1,27-10,84) de usar drogas ilícitas, 1,78 (IC%= 1,04-2,78) de uso problemático do *Smartphone* e 2,66 (IC%= 1,07-6,15) de ter uma pior qualidade do sono do que as meninas que não praticaram *bullying*, além de possuir 56% (OR= 0,44 IC%= 0,25-0,78) mais chance de ter uma pior percepção de qualidade de vida (tabela 3).

TABELA 3. ASSOCIAÇÃO ENTRE PERPETRAÇÃO DO *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA TOTAL É ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR

| | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| | Total OR (IC95%) | Masculino OR (IC95%) | Feminino OR (IC95%) | Total ^α OR (IC95%) | Masculino* OR (IC95%) | Feminino* OR (IC95%) |
| Tabaco | 1,74 (1,25; 2,44) | 1,55 (0,97; 2,47) | 2,12 (1,30; 3,46) | 1,75 (1,30; 2,55) | 1,56 (0,98; 2,51) | 2,16 (1,32; 3,55) |
| Consumo de álcool | 1,84 (1,33; 2,56) | 2,18 (1,39; 3,40) | 1,60 (0,99; 2,61) | 1,83 (1,39; 2,71) | 2,18 (1,39; 3,42) | 1,64 (1,03; 2,81) |
| Uso de drogas ilícitas | 1,95 (1,03; 3,71) | 1,32 (0,58; 3,02) | 3,57 (1,26; 10,12) | 1,93 (0,95; 3,50) | 1,28 (0,56; 2,93) | 3,61 (1,27; 10,84) |
| Uso problemático do <i>Smartphone</i> | 1,46 (1,05; 2,04) | 1,40 (0,86; 2,27) | 1,79 (1,10; 2,91) | 1,53 (1,09; 2,16) | 1,38 (0,85; 2,24) | 1,78 (1,04; 2,78) |
| Qualidade do sono | 1,59 (1,05; 2,42) | 1,45 (0,88; 2,39) | 2,65 (1,11; 6,31) | 1,64 (1,14; 2,44) | 1,50 (0,91; 2,47) | 2,66 (1,07; 6,15) |
| Horas de sono por dia | 0,87 (0,60; 1,26) | 1,04 (0,64; 1,68) | 0,63 (0,34; 1,16) | 0,86 (0,59; 1,25) | 1,02 (0,63; 1,67) | 0,66 (0,34; 1,24) |
| Atividade física | 1,54 (1,11; 2,14) | 1,95 (1,21; 3,15) | 1,10 (0,67; 1,80) | 1,45 (1,03; 2,01) | 1,92 (1,19; 3,15) | 1,05 (0,64; 1,72) |
| Comportamento sedentário ^β | 1,29 (0,95; 1,74) | 1,09 (0,73; 1,62) | 1,66 (1,07; 2,61) | 1,30 (0,96; 1,75) | 1,07 (0,72; 1,60) | 1,62 (1,04; 2,55) |
| Qualidade de vida | 0,75 (0,54; 1,05) | 0,92 (0,34; 0,83) | 0,44 (0,25; 0,77) | 0,78 (0,46; 1,10) | 0,85 (0,54; 1,35) | 0,44 (0,25; 0,78) |

FONTE: O autor (2024).

^αAjuste para sexo, idade e classe econômica; ^βAjuste para idade e classe econômica; # Modelo de regressão logístico ordinal para desfechos politômicos ordinais; OR: Odds Ratio.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE SER VÍTIMA DE *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E COM A PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

A Tabela 4 mostra a associação bruta e ajustada entre ser vítima de *bullying* com cada comportamento de risco à saúde e PQV. Odds ratio destacadas em negrito apresentam associações estatisticamente significantes ($p < 0,05$). A análise ajustada por sexo, classe econômica e idade se manteve bastante similar à análise bruta, com mudança apenas no consumo de álcool para os meninos.

Os adolescentes vítimas de *bullying* (valores ajustados) tem uma chance 1,75 (IC95%= 1,28-2,41) vezes maior de fumar, 1,45 (IC95%= 1,06-1,98) vezes maior de consumir álcool, 1,91 (IC95%= 1,26-2,88) vezes maior de ter pior qualidade do sono e 1,75 (IC95%= 1,27-2,40) vezes maior de fazer mais atividade física do que aqueles que não foram vítimas de *bullying*. Ser vítima de *bullying* aumenta a chance em 42% (OR=1,42; IC95%= 1,07-1,88) de passar de baixo para médio ou médio para alto tempo em comportamento sedentário. Além disso, os indivíduos vítimas de *bullying* tem uma chance de 58% (OR=0,42; IC95%= 0,30-0,59) menor de ter uma boa qualidade de vida do que os que não foram vítimas de *bullying* (Tabela 4).

Quando analisado somente o sexo masculino, os adolescentes vítimas de *bullying* apresentaram uma chance 1,83 (IC95%= 1,15-2,92) vezes maior de fumar, 1,54 (IC95%= 1,10-1,73) de consumir álcool, 1,99 (IC95%=1,17-3,39) vezes maior de ter uma pior qualidade do sono e 2,44 (IC95%= 1,47-4,03) vezes maior de fazer atividade física. E as vítimas do sexo masculino têm uma chance de 46% (OR=0,54; IC95%= 0,34-0,85) menor de ter uma boa percepção de qualidade de vida (Tabela 4).

As meninas vítimas do *bullying* apresentaram uma chance 1,68 (IC95%= 1,09-2,60) vezes maior de fumar em comparação com aqueles que não foram vítimas. Apresentaram 70% (OR= 1,70 IC95%= 1,14-2,52) mais chance de passar de baixo para médio ou médio para alto tempo em comportamento sedentário. Quanto a percepção de qualidade de vida, as vítimas do sexo feminino têm uma chance de 69% menor de ter uma boa percepção de qualidade de vida (OR= 0,31 IC95%= 0,19-0,53) do que as que não são vítimas de *bullying* (Tabela 4).

TABELA 4. ASSOCIAÇÃO ENTRE SER VÍTIMA DE *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA TOTAL E ESTRATIFICADO POR SEXO DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR

| | Análise Bruta | | | Análise Ajustada | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|---|--|
| | Total OR (IC95%) | Masculino OR (IC95%) | Feminino OR (IC95%) | Total ^a OR (IC95%) | Masculino [*] OR (IC95%) | Feminino [*] OR (IC95%) |
| Tabaco | 1,75 (1,28; 2,40) | 1,81 (1,13; 2,88) | 1,68 (1,09; 2,58) | 1,75 (1,28; 2,41) | 1,83 (1,15; 2,92) | 1,68 (1,09; 2,60) |
| Consumo de álcool | 1,43 (1,05; 1,94) | 1,49 (0,95; 2,35) | 1,34 (0,88; 2,05) | 1,45 (1,06; 1,98) | 1,54 (1,10; 1,73) | 1,37 (0,88; 2,12) |
| Uso de drogas ilícitas | 1,13 (0,57; 2,24) | 1,13 (0,48; 2,68) | 1,23 (0,39; 3,90) | 1,18 (0,59; 2,37) | 1,16 (0,49; 2,76) | 1,20 (0,38; 3,86) |
| Uso problemático do <i>Smartphone</i> | 1,25 (0,91; 1,72) | 1,54 (0,95; 2,50) | 1,02 (0,67; 1,56) | 1,21 (0,87; 1,67) | 1,55 (0,95; 2,52) | 1,00 (0,65; 1,53) |
| Qualidade do sono | 1,94 (1,28; 2,91) | 1,98 (1,16; 3,37) | 1,80 (0,94; 3,46) | 1,91 (1,26; 2,88) | 1,99 (1,17; 3,39) | 1,77 (0,92; 3,39) |
| Horas de sono por dia | 1,02 (0,73; 1,44) | 1,15 (0,71; 1,85) | 0,93 (0,56; 1,52) | 1,03 (0,73; 1,45) | 1,13 (0,69; 1,83) | 0,95 (0,57; 1,55) |
| Atividade física | 1,66 (1,22; 2,27) | 2,41 (1,46; 3,98) | 1,36 (0,89; 2,08) | 1,75 (1,27; 2,40) | 2,44 (1,47; 4,03) | 1,35 (0,88; 2,07) |
| Comportamento sedentário ^b | 1,43 (1,08; 1,89) | 1,18 (0,79; 1,76) | 1,69 (1,14; 2,51) | 1,42 (1,07; 1,88) | 1,21 (0,81; 1,81) | 1,70 (1,14; 2,52) |
| Qualidade de vida | 0,43 (0,32; 0,60) | 0,55 (0,35; 0,89) | 0,31 (0,19; 0,53) | 0,42 (0,30; 0,59) | 0,54 (0,34; 0,85) | 0,31 (0,19; 0,53) |

FONTE: O autor (2024).

^bAjuste para sexo, idade e classe econômica; ^{*}Ajuste para idade e classe econômica; ^aModelo de regressão logístico ordinal para desfechos politômicos ordinais; OR: Odds Ratio.

4.4 EFEITO MODERADOR DO ESTADO NUTRICIONAL NA ASSOCIAÇÃO DO *BULLYING* COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA, AJUSTADO POR SEXO, FAIXA ETÁRIA E CLASSE ECONÔMICA EM ADOLESCENTES

Foi testado o efeito moderador entre estado nutricional na associação entre perpetração e vitimização de *bullying* com todos os comportamentos de risco à saúde analisados neste estudo e a PQV. Houve interação significativa ($p=0,02$) apenas entre horas de sono por dia e estado nutricional para as vítimas de *bullying* (tabela 5).

TABELA 5. INTERAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE *BULLYING* (PERPETRAÇÃO E VITIMIZAÇÃO), COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS ADOLESCENTES DA CIDADE DE MARINGÁ-PR

| | <i>Bullying</i> - perpetrador | <i>Bullying</i> – vítima |
|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | Valor-p | |
| Tabaco | 0,53 | 0,60 |
| Consumo de álcool | 0,72 | 0,75 |
| Uso de drogas ilícitas | 0,28 | 0,51 |
| Uso problemático do <i>Smartphone</i> | 0,38 | 0,48 |
| Qualidade de vida | 0,53 | 0,74 |
| Qualidade do sono | 0,35 | 0,88 |
| Horas de sono por dia (8h) | 0,33 | 0,02 |
| Atividade física | 0,39 | 0,38 |
| Comportamento sedentário | 0,45 | 0,95 |

FONTE: O autor (2024).

p≤0,05

A partir deste resultado, foi feita uma análise estratificada, bruta e ajustada, do efeito moderador do estado nutricional com a associação das horas de sono e ser vítima de *bullying*, como mostra a tabela 6.

TABELA 6. ANÁLISE BRUTA E AJUSTADA ENTRE HORAS DE SONO POR DIA E *BULLYING* (VITIMIZAÇÃO) ESTRATIFICADO POR ESTADO NUTRICIONAL

| | | <i>Bullying</i> - vítima | |
|-------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Sem excesso de peso | Excesso de peso |
| | | OR (IC95%) | OR (IC95%) |
| Análise bruta | Horas de sono por dia | 0,79 (0,52; 1,20) | 1,85 (1,00; 3,40) |
| Análise ajustada* | Horas de sono por dia | 0,78 (0,51; 1,19) | 1,90 (1,02; 3,55) |

FONTE: O autor (2024).

*Ajustado para sexo, idade e classe econômica; OR: Odds Ratio.

Dentre os indivíduos com excesso de peso, aqueles que são vítimas de *bullying* tiveram uma chance 1,90 (IC95%= 1,02-3,55) vezes maior de dormir mais do que os que não foram vítimas de *bullying*. Não foi encontrada uma diferença significativa entre vitimização por *bullying* e horas de sono por dia para os indivíduos sem excesso de peso (Tabela 6).

5 DISCUSSÃO

Os resultados mostram que 17,2% dos adolescentes são perpetradores de *bullying*, o que é uma porcentagem maior do que a média da população brasileira, a PeNSE (2021) mostra que 12,0% dos estudantes praticam *bullying*. Quanto a diferença entre os sexos, o presente estudo mostrou que 19,2% dos meninos praticam *bullying* e 15,1% das meninas ($p=0.086$), apesar da diferença entre os sexos não ser significativas, o estudo com toda população brasileira, mostra que a maior parte dos estudantes perpetradores são do sexo masculino (14,6%) e menor parte, do feminino (9,5%) (PENSE, 2021).

O presente estudo também mostrou que 20,1% dos adolescentes são vítimas de *bullying*, o que é muito semelhante ao percentual de vítimas adolescentes do território brasileiro, onde 23,0% afirmam sofrer *bullying* (PENSE, 2021). Quanto a diferença entre os sexos, no presente estudo 18,8% dos meninos e 21,4% das meninas ($p=0,295$) reportaram sofrer *bullying*. O que também é semelhante ao que mostra a PeNSE (2021), 17,8% meninos e 24,2% meninas de 16 e 17 anos sofrem *bullying*.

E quando expandimos as prevalências para fora do Brasil, elevadas prevalências de *bullying* tem sido observadas em diversos lugares do mundo, no estudo de Koyanagy *et al* (2019) com 134.229 adolescentes de 12 a 15 anos, de 48 países de vários continentes, mostrou que a prevalência de quem sofre *bullying* é de 30,4%(KOYANAGI *et al.*, 2019). A prática do *bullying* acontece com frequência em ambos os sexos, o que faz ressaltar que é preciso atenção não só para as vítimas, mas também aos agressores meninos e meninas, uma vez que não há tanta diferença nos percentuais entre os sexos de cada uma dessas condições.

A prevalência do consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, foram de 38,5%, 31,8% e 4,9%, respectivamente. A prevalência das meninas foi maior no consumo de álcool e tabaco, e os meninos foi maior no consumo de drogas ilícitas, sendo que 35% dos meninos e 42% das meninas consumiram álcool, 28,2% dos meninos e 35,4% das meninas fumaram e 6,7% dos meninos e 3,1% das meninas usaram drogas ilícitas.

A prevalência do consumo de álcool foi menor do que a da população brasileira, a qual apresenta um percentual de 63,3% que experimentaram bebidas alcoólicas (PENSE, 2021). Assim como no presente estudo, a PeNSE (2021) mostrou

que as meninas também apresentam prevalência maior (66,9%) no consumo das bebidas do que os meninos (59,6%). Já o consumo do tabaco, o presente estudo apresentou uma prevalência maior do que a população brasileira (22,6%), e diferente deste estudo, a PeNSE (2021) mostrou que a população de adolescentes brasileiros não apresentou diferença entre os sexos na prevalência de fumar (22,5% para meninos e 22,6% para meninas). Quanto ao uso de drogas ilícitas a prevalência deste estudo foi menor do que a média da população de adolescentes brasileiros (13,0%) e diferentemente também do presente estudo a diferença entre os sexos na população brasileira não é significativa (PENSE, 2021).

Muitos fatores podem contribuir para o consumo dessas substâncias na adolescência, como influência de amizades, pressões sociais e de grupos, ambientes familiares com usuários, curiosidade, falta de conscientização entre outros (CHATTERJI, 2006; OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2018). Há uma forte associação entre o consumo de álcool e tabaco, isso pode explicar a prevalência do consumo destas duas substâncias ser maior para o mesmo sexo, no caso as meninas, pois o uso de um pode levar ao outro (ABREU-VILLAÇA *et al.*, 2017). E os meninos possuem maior prevalência no consumo de drogas ilícitas talvez seja explicado pelo fato de quererem se mostrar mais valentes ao consumir e talvez terem menos rigor dos responsáveis quanto ao uso dessas substâncias ilícitas.

O presente estudo se assemelhou aos resultados da PeNSE (2021) quanto não haver diferença entre os sexos no comportamento sedentário, os resultados para as meninas e meninos não apresentam diferenças significativas. Entretanto quando analisado o uso problemático do *Smartphone*, a prevalência das meninas foi maior (43,6% para meninas e 25,2% para meninos). Cada vez mais este comportamento tende a aumentar devido ao estilo de vida que a sociedade tem adotado, onde tanto meninos quanto as meninas têm fácil acesso a comodidade que as tecnologias proporcionam, inclusive se tornou um problema de saúde pública, já que se associa a prejuízos à saúde (PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE, 2018). O uso problemático do *Smartphone* ter sido maior para as meninas pode ter relação com elas serem menos fisicamente ativas e então podem acabar ficando mais tempo no uso do celular (GUTHOLD *et al.*, 2020).

Globalmente 81,0% dos adolescentes se classificam como insuficientemente ativos fisicamente (GUTHOLD *et al.*, 2020). E assim como os resultados do presente estudo, o estudo de Guthold (2020) mostra maior prevalência

das meninas (84,7%) como insuficientemente ativas quando comparada com os meninos (77,6%) em aspectos mundiais (GUTHOLD *et al.*, 2020).

A proporção de insuficientemente ativos no Brasil é semelhante a global, mencionada anteriormente, 89,4% das meninas brasileiras e 78,0% dos meninos brasileiros tem essa classificação (GUTHOLD *et al.*, 2020), e segundo a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015, apenas 20,3% dos adolescentes brasileiros reportam praticar pelo menos 60 minutos diários de atividade física (IBGE, 2016). As diferenças entre os sexos podem ser explicadas pelo fato de refletir diferentes papéis sociais que são impostos às meninas e aos meninos. As meninas, geralmente, são mais incentivadas a realizar atividades dentro de casa, como atividades domésticas ou mesmo por questão de segurança são menos inclinadas a saírem de casa. Já os meninos desde cedo são incentivados a brincarem mais fora de casa e acabam preferindo atividades na rua ou praticar esportes, por exemplo, podendo fazer com que os meninos sejam mais ativos do que as meninas (FERNÁNDEZ *et al.*, 2017).

Quanto a prevalência das horas do sono, não houve diferença entre os sexos, no presente estudo, tanto os meninos quanto as meninas têm alta prevalência de dormirem menos de oito horas por noite (total de 72,5%). Este pouco tempo de sono, pode acontecer por muitos motivos, como por exemplo, uso de dispositivos eletrônicos como *Smartphones*, mudanças hormonais, ansiedade, entre outros fatores que são comuns serem mais aparentes na adolescência. Já especificamente sobre a qualidade do sono, 78% dos adolescentes reportaram ter uma má qualidade de sono, e com uma considerável diferença ($p < 0.001$) entre meninos e meninas, 83,3% das meninas e 68,3% dos meninos possuem uma má qualidade do sono.

Estes resultados corroboram com o que outros estudos apresentam. Segundo a PeNSE (2015), no Brasil, a proporção de meninas que apresentam distúrbios durante o sono é duas vezes maior do que a dos meninos (15,4% e 6,9%, respectivamente). Outros autores também concluem que problemas com sono acontece mais com as adolescentes do sexo feminino, meninas relatam ter sono mais curtos e assim maior frequência em distúrbios (AGATHÃO *et al.*, 2020). As meninas podem ter mais estes problemas do que os meninos, pelo fato das questões hormonais serem mais intensas para elas nesta fase da vida, parece haver influência de esteroides ovarianos sobre o sono durante a puberdade (MONG; CUSMANO, 2016).

A percepção de qualidade de vida dos adolescentes foi de 44,2% para uma baixa PQV, quanto a diferença entre os sexos, as meninas se mostram com uma menor PQV do que os meninos, o que parece ser uma evidência forte na literatura. Muitos estudos mostram que realmente as meninas apresentam escores menores desta percepção (HOSIANPOUR *et al.*, 2021; MAGIERA *et al.*, 2018). As meninas podem apresentar esses escores por questões hormonais também, além disso, as adolescentes do sexo feminino tendem a enfrentar maior pressão social relacionada a padrões de beleza e responsabilidades gerais, o que pode afetar domínios da qualidade de vida como autoestima e bem-estar, por exemplo (PALENZUELA-LUIS; DUARTE-CLÍMENTS; GÓMEZ-SALGADO, 2022).

Sobre o objetivo do estudo de verificar a associação da prática de *bullying* com CRS e PQV, em adolescentes da cidade de Maringá-PR, os dados mostraram que praticar de *bullying* tem associação com fumar, consumir álcool, ter uso problemático do *Smartphone*, ter uma pior qualidade do sono e realizar mais atividade física. Quando analisado os sexos separadamente, os meninos que realizaram *bullying* mostraram ter mais chance de consumir álcool e de realizar atividade física. E as meninas praticantes de *bullying* mostraram mais chance de fumar, usar drogas ilícitas, ter uso problemático do *Smartphone*, ter uma pior qualidade do sono, e uma pior percepção de qualidade de vida.

Quanto a relação da prática do *bullying* com o consumo de álcool, os resultados do presente estudo concordam com outros estudos que também observam essa associação positiva (PELEG-OREN *et al.*, 2012);(WILLIAMS *et al.*, 2020). Um estudo longitudinal mostrou que os adolescentes que não consumiam álcool excessivamente no início da pesquisa, mas que se tornaram praticantes de *bullying* após dois anos, estavam mais propensos ao consumo excessivo de álcool (WILLIAMS *et al.*, 2020). Talvez o consumo do álcool possa fazer com que os indivíduos se sintam superiores aos outros, dando a sensação de serem mais valentes, o que pode os deixar mais agressivos, e assim praticar *bullying*. Além disso, pretextos sociais podem motivar o adolescente a consumir álcool (WILLIAMS *et al.*, 2020). Indivíduos de 15 a 17 anos (faixa etária do presente estudo) são proibidos de consumir álcool, mas se mesmo assim consomem, pode ser pelo fato de não terem suporte familiar adequado ou que estejam em vulnerabilidade social, o que pode fazer com que estejam mais suscetíveis de serem agressivos com os colegas.

Diferente de outros estudos, neste estudo as associações entre álcool e a prática de *bullying* foram positivas somente nos meninos, já os achados de Klink e colaboradores (2020), mostram que as associações positivas entre provocações e uso de álcool foram mais fortes entre as meninas (KLINCK; FAGLE; OHANNESSIAN, 2020). Uma revisão sistemática que analisou a associação do *bullying* e o uso de substâncias psicoativas mostraram que há uma associação entre prática de *bullying* e uso de substâncias em ambos os sexos (HORTA *et al.*, 2018). Ou seja, apesar de no presente estudo apenas os meninos mostrarem associação positiva entre praticar *bullying* e consumir álcool, há na literatura estudos que mostram a tendência de haver associação entre estas variáveis para os meninos e para as meninas (HORTA *et al.*, 2018).

Na amostra deste estudo, os meninos autorreportaram serem mais ativos do que as meninas e isso pode explicar o motivo da relação entre a prática de atividade física e a prática de *bullying* ser significativamente positiva somente para os meninos. Uma possível explicação para isso é que o ambiente social da atividade física possa influenciar a prática do *bullying*, onde o adolescente mais ativo e mais habilidoso pode se sentir mais forte que outros indivíduos menos habilidosos e assim o insultá-lo. Além disso, os locais de prática de atividade física tendem a ter menos vigilância e assim maior oportunidade de “anonimato”, podendo ser o ambiente esportivo, um “gatilho” para ações de *bullying*, porém é preciso mais estudos sobre isso. Haver ou não haver relação entre estas duas variáveis ainda é conflitante na literatura para os dois sexos, há estudos que mostram relação positiva (MÉNDEZ *et al.*, 2019; OLIVEIRA *et al.*, 2016), estudo que mostra relação negativa (CHUNG; SUN; KIM, 2018) e outros que mostram não haver relação (MARTÍN; MATESANZ, 2018)(SAMPASA-KANYINGA *et al.*, 2020), então o presente estudo sugere que professores de educação física/treinadores estejam atentos à prática de *bullying* no contexto escolar.

Os comportamentos de risco à saúde de fumar e de usar drogas ilícitas apresentaram relação com praticar *bullying* para as meninas. Uma meta-análise abrangendo 28.477 participantes mostrou que realmente a prática de *bullying* está associada positivamente com o uso de tabaco e drogas em geral e além disso, praticantes tem mais risco de consumirem substâncias mais tarde na vida do que os indivíduos que não praticam *bullying* (VRIJEN *et al.*, 2021). Apesar da literatura mostrar esta associação em ambos os sexos, no presente estudo somente as meninas obtiveram resultados significativos, o que pode ser pelo motivo de que

meninas que usam tabaco e/ou drogas ilícitas se sentem superiores às meninas que não fazem o uso destas substâncias e isso pode ser um motivo de praticarem *bullying*.

Outra relação que foi positiva para as meninas foi o uso problemático de *Smartphones* que atualmente pode ser caracterizado como um tipo de comportamento sedentário. Ainda são escassos na literatura estudos que mostram a relação entre o uso problemático do *Smartphone* e praticar *bullying*, entretanto o estudo de Blinka e colaboradores (2023) apresentaram resultados semelhantes ao deste estudo, onde mostra que há associação entre o uso problemático de *Smartphones* e experiências com *bullying* em meninas (BLINKA et al., 2023), adicionado a isso, este estudo mostra que a falta de sono devido ao uso da Internet, hoje na maioria das vezes acessados pelo *smartphone*, também se conecta a experiências com o *bullying* (VRIJEN et al., 2021). Isso pode ser explicado pelo fato de que o *Smartphone* é mais um meio onde pode acontecer o *bullying*, só que de maneira virtual (o *bullying* quando acontece em dispositivos digitais é conhecido como *cyberbullying*) (BLINKA et al., 2023). Este tipo de *bullying* é facilitado uma vez que quem o faz é “protegido” pelas telas, o que deixa o praticante mais encorajado. As meninas apresentarem maior prevalência de problemas com o uso destes dispositivos, pode ser um dos motivos para somente elas apresentarem associação entre estas variáveis.

O sono foi uma variável que mostrou associação com a provocação do *bullying* para as meninas, onde as praticantes tiveram mais chance de ter uma pior qualidade de sono do que as que não realizam *bullying*. Esta associação corrobora com achados da literatura, que mostram haver relação positivas entre praticantes de *bullying* e distúrbios do sono (DING et al., 2023; DONOGHUE; MELTZER, 2018). As meninas do presente estudo também mostraram ter uma pior qualidade de sono do que os meninos no geral, independentemente se envolvidas ou não com o *bullying*, o que pode explicar o fato de ter dado associação somente para as meninas. Uma má qualidade do sono pode resultar em problemas com a saúde mental, tendência ao mau humor, irritabilidade e nervosismos (AGATHÃO et al., 2020), o que provavelmente pode impactar no relacionamento com os colegas, e favorecer a prática do *bullying*. Entretanto não foram avaliados outros hábitos diários que podem influenciar na qualidade do sono, como ingerir bebidas energéticas ou comer muito próximo da hora de dormir, além do uso de tela próximo da hora do sono, o que também poderia influenciar o sono.

Por fim, a PQV das meninas que praticam *bullying* mostrou associação com a prática do *bullying*, no caso, as praticantes de *bullying* tendem a ter uma pior percepção de qualidade de vida do que as que não são praticantes. Resultados da literatura parecem concordar com este achado (LOURDES *et al.*, 2023). A revisão sistemática realizada por Dubey e colaboradores (2022) aponta que o *bullying* pode influenciar significativamente a PQV de adolescentes, pois este é um período da vida em que ocorrem inúmeras transformações pessoais e interpessoais na vida do adolescente (DUBEY; KIEVIŠIEN; AGOSTINIS-SOBRINHO, 2022). Sendo a qualidade de vida um constructo multidimensional com domínios físicos, psicológicos, sociais e ambientais (DUBEY; KIEVIŠIEN; AGOSTINIS-SOBRINHO, 2022), quando um ou mais destes domínios estão afetados, podem colaborar para que o adolescentes tenha atitudes agressivas que resultem ao *bullying*. Além disso, alguns estudos apontam que há uma tendência das meninas possuírem uma PQV inferior ao dos meninos (ASHDOWN-FRANKS *et al.*, 2017; BACIU; BACIU, 2015), podendo ter relação com o resultado do presente estudo, onde somente houve relação entre prática de *bullying* e PQV para as meninas.

Em se tratando do objetivo do estudo de verificar a associação de ser vítima de *bullying* com CRS e PQV, em adolescentes da cidade de Maringá-PR, os achados do estudo indicaram que ser vítima de *bullying* está associado a comportamentos de risco à saúde, tanto para meninos quanto para meninas. Os adolescentes vítimas de *bullying* apresentaram maior risco para fumar, consumir álcool, ter pior qualidade do sono, fazer mais atividade física, ter maior comportamento sedentário e ter uma pior percepção de qualidade de vida do que aqueles que não foram vítimas de *bullying*. Analisando somente os meninos que são vítimas, eles possuem maior chance de consumir tabaco e álcool, ter pior qualidade de sono, fazer mais atividade física e ter uma pior PQV. Já as meninas que são vítimas, possuem mais chance de usar tabaco, ter maior tempo em comportamento sedentário e pior PQV.

Com relação ao comportamento de risco de fumar, alguns dos resultados se assemelham a resultados de outros estudos, tanto os meninos quanto as meninas que relataram ser vítima de *bullying* têm mais chance de fumar (MOORE *et al.*, 2017). Isso pode acontecer pelo fato de a vítima querer se refugiar em algum vício ou querer ter ações para se enturmar com outros adolescentes. Esta associação pode ter consequências extremamente negativa a longo prazo para o adolescentes, segundo a OMS (WHO, 2012) o tabagismo é a principal morte evitável do mundo e o hábito de

fumar é geralmente estabelecido na adolescência, onde a maioria dos fumantes experimentou ou já era viciado antes dos 18 anos de idade.

O consumo de álcool também se mostrou estar associado a sofrer *bullying* quando analisada a amostra total. Porém quando estratificado por sexo, somente os meninos apresentaram esta associação. Os resultados de estudos prévios mostram haver associação entre ser vítima de *bullying* e o consumo de álcool em ambos os sexos (MOORE *et al.*, 2017; PELEG-OREN *et al.*, 2012). Assim como fumar, o consumo de álcool pode estar relacionado ao refúgio de estresses momentâneos ou para se enturmar. Este consumo está relacionado à problemas na saúde e de se tornar um hábito de consumo quando mais velhos (KOSTICOVA *et al.*, 2019). O consumo de bebida alcóolica na adolescência tende a estar associado ao baixo rendimento acadêmico, acidentes, violências e a outros consumos prejudiciais como o tabaco e drogas ilícitas (KOSTICOVA *et al.*, 2019).

Os resultados mostraram que a qualidade do sono tem mais chance de ser pior para aqueles que sofrem *bullying*, quando analisado pela amostra total. Analisando os sexos separadamente, somente os meninos que são vítimas de *bullying* tendem a ter uma pior qualidade do sono. Outros estudos também mostram que o sono parece estar associado com a vitimização (CHANG *et al.*, 2018; NA; PARK, 2018). Porém os resultados do presente estudo divergem do estudo feito com 4072 adolescentes de Taiwan que relevam que problemas com o sono mediam a associação entre vitimização e sintomas depressivos em adolescentes do sexo feminino e não no sexo masculino (CHANG *et al.*, 2018). Além do *bullying* ser negativo para a vida do adolescentes, ter problemas com o sono também é, isto parece estar associado com piores percepções de saúde no geral e mais especificamente queixas na saúde psicossomática, incluindo dor de cabeça, dor nas costas, irritabilidade, mau humor, nervosismo e tonturas (KOSTICOVA *et al.*, 2019).

Com relação a prática de atividade física, os resultados mostraram ter associação com a vitimização quando analisada na amostra total e quando estratificada por sexo, somente os meninos apresentaram esta associação, mostrando que quem é vítima de *bullying* parece praticar mais atividade física, ou seja, menos chance de ter o comportamento de risco de prática insuficiente. Esta associação ainda parece divergir na literatura, há estudo que mostra estar associado negativamente ser vítima de *bullying* e praticar atividade física (GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2020), também há estudo que mostra não haver associação entre ser vítima

bullying e atividade física (WATANABE *et al.*, 2017). Esta divergência mostra que são necessários mais estudos sobre o assunto. Neste estudo a associação positiva para os meninos pode ser explicada por a provocação poder ter um fator motivador para algumas pessoas, e assim um efeito positivo na prática de atividade física (WATANABE *et al.*, 2017) ou então talvez, porque quem pratica atividade física está mais exposto com relação aos colegas, podendo fazer com que estejam mais exposto a sofrerem *bullying*, e assim como mencionado anteriormente, espaços que acontecem as atividades físicas tendem a estar menos monitorados por adultos, o que poderia facilitar as intimidações por *bullying*.

O comportamento sedentário foi outra variável que apresentou associação positiva com a vitimização, isso quando analisado a amostra total e quando estratificado por sexo, somente as meninas apresentaram esta associação. Uma metanálise (GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2020) com 386.740 crianças e adolescentes mostrou haver associação positiva entre a vitimização e o comportamento sedentário. Isso pode acontecer pelo fato de que quem sofre *bullying* prefira se expor menos. Ambientes com menos exposição ao *bullying* como ficar em casa podem estimular comportamentos sedentários como o aumento do tempo sentado ou deitado. No presente estudo esta associação não ter dado significativa para os meninos pode se dar pelo fato deles serem mais ativos e apresentarem menor prevalência de comportamento sedentário.

A percepção de qualidade de vida apresentou associação negativa com ser vítima de *bullying*, ou seja, quem sofre *bullying* tem mais chance de ter uma pior percepção de qualidade de vida. E esta associação foi significativa na amostra total e tanto para os meninos quanto para as meninas. Esses resultados são semelhantes aos achados da literatura que mostram fortes associações negativas entre estas duas variáveis (ELMAHDY *et al.*, 2022; HARALDSTAD *et al.*, 2019) para ambos os sexos (CHESTER *et al.*, 2017).

Esta associação entre ser vítima de *bullying* e pior PQV provavelmente acontece pelo fato que ao sofrerem *bullying*, as vítimas geralmente se sentem menos felizes, são menos satisfeitas com as suas relações com os amigos, assim têm uma percepção menos positiva de si próprios e têm mais oscilações com relação ao humor e emoções (HARALDSTAD *et al.*, 2019).

Diante da análise das associações, o último objetivo do presente estudo foi verificar o efeito moderador entre estado nutricional na associação entre perpetração

e vitimização de *bullying* com todos os comportamentos de risco à saúde analisados neste estudo e a PQV. E constatou-se que houve interação apenas entre horas de sono por dia e estado nutricional para as vítimas de *bullying*, mostrando que dentre os adolescentes com excesso de peso, aqueles que são vítimas de *bullying* tem maior chance de dormir mais do que os que não são vítimas de *bullying*. A literatura mostra que quem tem excesso de peso ou obesidade e que sofre *bullying* tende a ter mais distúrbios de sono (LESSARD; PUHL, 2022; TAN *et al.*, 2022).

O que é contraditório aos resultados deste estudo é que alguns achados mostram que quem sofre *bullying* tende a ter mais dificuldade de dormir e assim menos tempo de sono (HOOPER *et al.*, 2022; SMITH *et al.*, 2020). O que pode ter acontecido no presente estudo é que provavelmente os adolescentes extrapolaram a recomendação de 8 a 10 horas de sono por noite, com a tendência de ficarem mais deitados, já que o comportamento sedentário de quem é vítima de *bullying* e de quem tem excesso de peso tende a ser maior do que quem não é vítima e quem não tem excesso de peso ou obesidade (FLETCHER *et al.*, 2015; GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2020).

As outras análises de associações com o efeito moderador do estado nutricional não ter dado significativas, mostra que as relações entre ser vítima ou perpetrador de *bullying* com os comportamentos de risco à saúde e a PQV são as mesmas independentemente de o adolescente estar sem ou com sobrepeso. Mas fica evidente que são necessários mais estudos que envolvam estas variáveis para que sejam obtidas melhores conclusões.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostraram que a proporção entre meninos e meninas de praticar ou ser vítima *bullying* é praticamente a mesma. O consumo de álcool e tabaco tem maiores prevalências para as meninas, enquanto os meninos têm maior prevalência no consumo de drogas ilícitas. A amostra não apresenta diferenças entre os sexos quanto ao comportamento sedentário. As meninas têm maior proporção de serem menos ativas. A maior parte da amostra e tanto os meninos quanto as meninas, não apresentam horas de sono suficientes, porém mais meninas relataram ter uma má qualidade de sono quando comparada com os meninos. E por fim, a prevalência de uma baixa PQV foi maior para as meninas.

Ser perpetrador de *bullying* teve associação com fumar, consumir álcool, ter uso problemático do *Smartphone*, ter uma pior qualidade do sono e realizar mais atividade física. Para os meninos que praticam *bullying* houve associação com consumir álcool e realizar atividade física. E para as meninas praticantes de *bullying* houve associação com fumar, usar drogas ilícitas, uso problemático do *Smartphone*, ter uma pior qualidade do sono, e uma pior percepção de qualidade de vida.

Ser vítima de *bullying* teve associação com fumar, consumir álcool, ter pior qualidade do sono, fazer mais atividade física, ter maior comportamento sedentário e ter uma pior percepção de qualidade de vida. Para os meninos vítimas de *bullying*, houve associação com consumo de tabaco e álcool, pior qualidade de sono, fazer mais atividade física e ter uma pior PQV. E para as meninas vítimas, houve associação com uso de tabaco, maior comportamento sedentário e pior PQV.

O estado nutricional moderou apenas a associação de ser vítima de *bullying* e as horas de sono, mostrando que dentre os indivíduos com excesso de peso, aqueles que são vítimas de *bullying* têm mais chance de dormir mais do que os que não são vítimas de *bullying*.

O estudo apresentou algumas limitações que devem ser citadas, sendo elas: 1) apesar de ser representativo, o estudo considerou apenas instituições públicas de ensino, entretanto a inclusão de adolescentes de instituições privadas seria justificada apenas pela ampliação da amostra, pois, mesmo em escolas públicas a amostra abrange todos os estratos econômicos; 2) os dados foram obtidos de forma autorreportada, o que pode superestimar os resultados do estudo. Para amenizar este viés foram utilizados somente questionários com propriedades psicométricas

adequadas para a população do estudo; 3) a coleta de dados aconteceu pouco tempo depois em que as escolas normalizaram as aulas presenciais após grande período de isolamento social causado pela pandemia de COVID-19. Isso pode ter afetado alguns comportamentos dos adolescentes além do que aconteceria sem a pandemia, porém foi um período de realidade mundial o que não tira a importância destes dados neste período; 4) não foi coletado o local que aconteceu o *bullying* realizado pelo adolescente, o que impede de saber se lugares com menos vigilância e que facilitam o anonimato tendem a ocorrer mais *bullying*; 5) o delineamento do estudo foi transversal, não sendo possível estabelecer relação de causa e efeito, o que pode levar a causalidade reversa; 6) a cidade a qual foi realizada a coleta de dados apresenta, no geral, uma prevalência baixa de indivíduos classificados como classe econômica baixa, sendo necessário cautela ao interpretar os dados para indivíduos que se classificam com baixa classe econômica.

Este estudo apresenta pontos fortes que merecem ser destacados, como a realização de uma pesquisa envolvendo amostra representativa da cidade de Maringá-PR, o fato de o trabalho trazer contribuições importantes relacionadas a prática de *bullying*, tema que ainda é pouco explorado no Brasil, principalmente relacionando-o com comportamentos de risco à saúde em adolescentes, foram utilizados instrumentos previamente testados e que possuem níveis aceitáveis de reprodutibilidade e validade.

Os achados deste estudo podem subsidiar futuras investigações e intervenções para tentar amenizar o *bullying* nas escolas, visto que os indivíduos que estão envolvidos praticando ou sendo vítima tem maiores chances de ter comportamentos de risco à saúde e pior percepção de qualidade de vida.

Assim, sugere-se a realização de mais pesquisas envolvendo a prática de *bullying*, ser vítima de *bullying* e seus correlatos. Do mesmo modo, sugere-se ações no município e em território nacional para que o *bullying* seja evitado nas escolas e que as atenções sejam voltadas tanto para os adolescentes perpetradores quanto para as vítimas.

REFERÊNCIAS

- AASM. **American Academy of sleep Medicine - Sleep education**. Disponível em: <<https://sleepeducation.org/sleep-faqs/>>. Acesso em: 20 nov. 2023.
- ABEP. **Critério da classificação Econômica Brasil**, 2015.
- ABREU-VILLAÇA, Y. et al. Tobacco and alcohol use during adolescence: Interactive mechanisms in animal models. **Biochemical Pharmacology**, v. 144, p. 1–17, 2017.
- AGATHÃO, B. T. et al. Gender differences in the impact of sleep duration on common mental disorders in school students. **BMC Public Health**, v. 20, n. 148, p. 1–9, 2020.
- ALVAREZ, B.; PAVAN, A. **Alturas e comprimentos**. In: **Petroski EL, editor. Antropometria: técnicas e padronizações**. 2nd ed ed. Porto Alegre: [s.n.].
- American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television. Pediatrics. Pediatrics**, 2001.
- ASHDOWN-FRANKS, G. et al. Sport participation in high school and anxiety symptoms in young adulthood. **Mental Health and Physical Activity**, v. 12, p. 19–24, 2017.
- BACIL, E. D. A. **Correlatos da atividade física e do comportamento sedentário de escolares de 11 a 15 anos da rede pública de ensino de Curitiba/PR**. [s.l: s.n.].
- BACIU, C.; BACIU, A. Quality of life and students' socialization through sport. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v. 209, n. July, p. 78–83, 2015.
- BARBOSA FILHO, V. C.; CAMPOS, W. DE; LOPES, A. D. S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents : a systematic review. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 5, p. 901–917, 2012.
- BLINKA, L. et al. Adolescents' problematic internet and smartphone use in (cyber) bullying experiences : A network analysis. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 28, n. 1, p. 60–66, 2023.
- BRASIL. Lei n. 13.185, Programa de Combate à Intimidação Sistemática (bullying). **Diário Oficial da União**, v. 152, n. 213, 2015.
- BRASIL. **Guia de atividade física para a população brasileira**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- BRITO, A. DA S.; HARDMAN, C. M.; BARROS, M. V. G. Prevalência e fatores associados à simultaneidade de comportamentos de risco à saúde em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 33, n. 4, p. 423–430, 2015.
- BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. **Psychiatry Research**, v. 28, p. 193- 213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)9004](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)9004), 1989.

- CARNEIRO, P.; MEGHIR, C.; PAREY, M. Maternal Education, home environments, and the development of children and adolescents. **Journal of the European Economic Association**, v. 11, n. January, p. 123–160, 2013.
- CARSKADON, M. A. Sleep in Adolescents: The Perfect Storm. **Pediatr Clin North Am**, v. 58, n. 3, p. 637–647, 2012.
- CASEY, M. et al. Patterns of time use among regional and rural adolescent girls: associations with correlates of physical activity and health-related quality of life. **Journal of Science and Medicine in Sport**, 2016.
- CAVALCANTE, M. B. DE P. T.; ALVEZ, M. B. DE P.; BARROSO, M. G. T. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Rev Enferm**, v. 12, n. 123, p. 555–59, 2008.
- CHANG, L. et al. Age and sex differences in the effects of peer victimization on depressive symptoms: Exploring sleep problems as a mediator. **Journal of Affective Disorders**, v. 245, p. 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.027>, 2018.
- CHATTERJI, P. Illicit drug use and educational attainment. **Health Economics**, v. 15, n. 5, p. 489–511, 2006.
- CHESTER, K. L. et al. Association Between Experiencing Relational Bullying and Adolescent Health-Related Quality of Life KAYLEIGH. **Journal of School Health**, v. 87, n. 11, p. 865–872, 2017.
- CHUNG, J. Y.; SUN, M. S.; KIM, H. J. What makes bullies and victims in Korean elementary schools? **Children and Youth Services Review**, v. 94, p. 132–139, 2018.
- CORDER, K. et al. Change in objectively measured physical activity during the transition to adolescence. **Br J Sports Med**, v. 49, n. July 2008, p. 730–736, 2015.
- COUTINHO, E. S. F. et al. ERICA : padrões de consumo de bebidas alcoólicas em adolescentes brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 1, p. 1–9, 2016.
- CROWLEY, S. J.; WOLFSON, A. R.; CARSKADON, M. A. An Update on Adolescent Sleep: New Evidence Informing the Perfect Storm Mode. **J adolesc**, n. 66, p. 55–65, 2018.
- CUREAU, F. V. et al. ERICA: Leisure-time physical inactivity in Brazilian adolescents. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. supl 1, p. 1s-11s, 2016.
- CURRIE, C. et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. **Health policy for children and adolescents**, n. 6, p. 1–272, 2012.
- DAHL, R. E.; LEWIN, D. S. Pathways to adolescent health: sleep regulation and behavior. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, n. 6, p. 175–184 10p, 2002.
- DING, H. et al. Involvement in bullying and sleep disorders in Chinese early adolescents. **Front. Psychiatry**, v. 14, p. 1–8, 2023.

DONOGHUE, C.; MELTZER, L. J. Sleep it off : Bullying and sleep disturbances in adolescents. **Journal of Adolescence**, v. 68, p. 87–93, 2018.

DUBEY, V. P.; KIEVIŠIEN, J.; AGOSTINIS-SOBRINHO, C. Bullying and Health Related Quality of Life among Adolescents — A Systematic Review. **Children**, v. 9, n. 61–10, 2022.

ELMAHDY, M. et al. Prevalence of Bullying and Its Association With Health-Related Quality of Life Among Adolescents in Jazan : A Cross-Sectional Study. **Cureus**, v. 2022, n. 8, p. 1–11, 2022.

Escola da Inteligência - Educação Socioemocional. Disponível em:
<<https://escoladainteligencia.com.br/o-que-e-bullying/>>.

FARREN, G. L. et al. Sedentary behavior and physical activity predicting depressive symptoms in adolescents beyond attributes of health-related physical fitness. **Journal of Sport and Health Science**, n. June, p. 4–11, 2017.

FERNÁNDEZ, I. et al. Assessment of physical activity levels , fitness and perceived barriers to physical activity practice in adolescent : cross-sectional study. **European Journal of Pediatrics**, v. 176, p. 57–65, 2017.

FIGUEIREDO, V. C. et al. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl 1, p. 1–10, 2016.

FLETCHER, E. et al. Is the relationship between sedentary behaviour and cardiometabolic health in adolescents independent of dietary intake? A systematic review. **Obesity Reviews**, v. 16, p. 795–805, 2015.

GARCÍA-HERMOSO, A. et al. Bullying victimization , physical inactivity and sedentary behavior among children and adolescents : a meta-analysis. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, p. 1- 10.
<https://doi.org/10.1186/s12966-020-01016-4>, 2020.

GASPAR, T.; MATOS, M. G. Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen-52. **Behaviour**, p. 125, 2008.

GONÇALVES, F. G. et al. Construct validity and reliability of Olweus Bully / Victim Questionnaire – Brazilian version. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 29, n. 27, p. 1- 8. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0019-7>, 2016.

GONG, Z. et al. Weight Status and School Bullying Experiences in Urban China : The Difference Between Boys and Girls. **Journal of Interpersonal Violence**, p. 1–24, 2019.

GONZÁLEZ-CABRERA, J. et al. Joint association of bullying and cyberbullying in health-related quality of life in a sample of adolescents. **Quality of Life Research**, n. 0123456789, 2019.

GRIFFITHS, L. J. et al. Obesity and Bullying: different effects for boys and girls. **ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD**, p. 121–125, 2006.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Translation , cross-cultural adaptation and psychometric properties of the kidscreen-52 for the brazilian population. **Rev Paul**

Pediatr, v. 29, n. 3, p. 364–371, 2011a.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população Brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 364–371, 2011b.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Medida da atividade física em jovens brasileiros: Reprodutibilidade e validade do PAQ-C e do PAQ-A. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 6, p. 425- 432. <https://doi.org/10.1590/1517-869220152106>, 2015.

GUEDES, D. P.; LOPES, C. C. Validation of the Brazilian version of the 2007 Youth Risk. **Rev Saude Pública**, v. 44, n. 5, p. 1- 9. <https://doi.org/10.1590/S0034-891020100005000>, 2010.

GUIMARÃES, R. DE F. et al. Reproducibility of adolescent sedentary activity questionnaire (ASAQ) in Brazilian adolescents. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, v. 15, n. 3, p. 276- 285. <https://doi.org/10.5007/1980-0037.2013v15>, 2013.

GUTHOLD, R. et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1·6 million participants. **The Lancet**, v. 4, n. 1, p. 23–35, 2020.

HARALDSTAD, K. et al. Associations between self-efficacy , bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents : a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 19, p. 1–9, 2019.

HARDY, L. L.; BOOTH, M. L.; OKELY, A. D. The reliability of the Adolescent Sedentary Activity Questionnaire (ASAQ). **Preventive Medicine**, v. 45, n. 1, p. 71-74. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.03.014>, 2007.

HENRIKSEN, P. W. et al. Social background, bullying, and physical inactivity: National study of 11- to 15-year-olds. **Scand J Med Sci Sports**, p. 1–7, 2015.

HERAZO-BELTRÁN, Y. et al. Relationship between Physical Activity and Emotional Intelligence and Bullying Among School Children. **Revista de Psicología del Deporte**, v. 28, p. 97–104, 2019.

HERTZ, M. F. et al. Association Between Bullying Victimization and Health Risk Behaviors Among High School Students in the United States. **The Journal of school health**, v. 85, n. 12, p. 833–842, 2015.

HIDALGO-RASMUSSEN, C. A. et al. Bullying and health-related quality of life in children and adolescent Mexican students “. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2433–2442, 2018.

HOOPER, L. et al. How is weight teasing cross - sectionally and longitudinally associated with health behaviors and weight status among ethnically / racially and socioeconomically diverse young people ? **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 19, p. 1–15, 2022.

HORTA, C. L. et al. Bullying e uso de substâncias psicoativas na adolescência: Uma revisão sistemática. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 123–140, 2018.

HOSIANPOUR, F. et al. Quality of life and its related factors among participants in Shahrecord - Iran cohort study. **Przegł Epidemiol**, v. 72, n. 2, p. 248–253, 2021.

HUANG, Y.; WANG, C.; GUILLEMINAULT, C. An epidemiologic study of sleep problems among adolescents in North Taiwan. **Sleep Medicine**, v. 11, n. 10, p. 1035–1042, 2010.

IBGE. **Índice de Desenvolvimento Humano - Maringá-PR, Brasil**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/pesquisa/37/30255?tipo=ranking&ano=2010>>. Acesso em: 19 nov. 2023.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. [s.l.: s.n.].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa nacional de saúde do escolar : 2019**. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2021a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo escolar**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/pesquisa/13/5902>>. Acesso em: 20 fev. 2023b.

IRELAND, J. L.; CULPIN, V. The relationship between sleeping problems and aggression, anger, and impulsivity in a population of juvenile and young offenders. **Journal of Adolescent Health**, v. 38, n. 6, p. 649–655, 2006.

JANKAUSKIENE, R. et al. Are Adolescent Body Image Concerns Associated with Health-Compromising Physical Activity Behaviours ? **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 16, p. 1–13, 2019.

JOHNSTON, L. D. et al. Monitoring the Future national survey results on drug use: 1975-2014: Overview, key findings on adolescent drug use. **Institute for Social Research, The University of Michigan**, 2015.

KADIROĞLU, T.; HENDEKCI, A.; TOSUN, Ö. Archives of Psychiatric Nursing Investigation of the relationship between peer victimization and quality of life in school-age adolescents. **Archives of Psychiatric Nursing**, v. 32, n. 6, p. 850–854, 2018.

KANN, L. et al. Youth risk behavior surveillance—United States, 2013. **MMWR Surveill Summ**, v. 65, n. 4, p. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1>, 2016a.

KANN, L. et al. Youth Risk Behavior Surveillance — United States , 2015. **MMWR Surveill Summ**, v. 65, n. 6, p. 1- 174. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.ss6506a1>, 2016b.

KATAPALLY, T. R. et al. The association of school connectedness and bullying involvement with multiple screen-time behaviours among youth in two Canadian provinces : a COMPASS study. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice**, v. 38, n. 10, p. 368–379, 2018a.

KATAPALLY, T. R. et al. The association of school connectedness and bullying involvement with multiple screen-time behaviours among youth in two Canadian

provinces: a COMPASS study. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada**, v. 38, n. 10, p. 368–379, 2018b.

KIM, S.; YUN, I.; KIM, J. Associations Between Body Weight and Bullying Among South Korean Adolescents. **Journal of Early Adolescence**, v. 36, p. 551–574, 2016.

KLINCK, M.; FAGLE, T.; OHANNESSIAN, C. M. Appearance-related teasing and substance use during early adolescence. **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 34, n. 4, p. 541–548, 2020.

KOSTICOVA, M. et al. Insufficient sleep duration is associated with worse self-rated health and more psychosomatic health complaints in adolescents. **Bratisl Med J** **2019**;, v. 120, n. 10, p. 783- 788. https://doi.org/10.4149/blj_2019_131, 2019.

KOWALSKI, K. C.; CROCKER, P. R. E.; KOWALSKI, N. P. Convergent validity of the Physical Activity Questionnaire for Adolescents. **Pediatric Exercise Science**, v. 9, n. 4, p. 342- 352. <https://doi.org/10.1123/pes.9.4.342>, 1997.

KOYANAGI, A. et al. Bullying Victimization and Suicide Attempt Among Adolescents Aged 12–15 Years From 48 Countries. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 58, n. 9, p. 907–918, 2019.

LACHIN, J. M. Power and sample size evaluation for the Cochran-Mantel-Haenszel mean score (Wilcoxon rank sum) test and the Cochran-Armitage test for trend. **Statistics in Medicine**, v. 30, n. 25, p. 3057- 3066. <https://10.1002/sim.4330>, 2011.

LEGNANI, E. et al. Comportamentos de risco à saúde cardiovascular em escolares da Tríplice Fronteira. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 14, n. 1, 2009.

LESSARD, L. M.; PUHL, R. Weight-based cybervictimization: Implications for adolescent health. **Pediatric Obesity**, v. 17, n. 6, p. 402–411, 2022.

LIMA-SERRANO, M. et al. **Factores relacionados con la calidad de vida en la adolescencia** *Gaceta Sanitaria*, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.gacetasanitaria.org/es/factores-relacionados-con-calidad-vida/avance/S0213911116301583/>>

LIMA, R. J. C. P. et al. Fatores de risco comportamentais modificáveis para DNT e sono em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde**, v. 57, n. 60, p. 1–13, 2023.

LIU, X. et al. Weight status and bullying behaviors among Chinese school-aged children. **Child Abuse & Neglect**, v. 52, p. 11–19, 2016.

LOURDES, Á. DE et al. The Impact of the Magnitude of the Group of Bullies on Health - Related Quality of Life and Academic Performance Among Adolescents. **Child Psychiatry & Human Development**, v. 54, n. 3, p. 796–805, 2023.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. saúde colet., (Rio J.)**, v. 8, n. 2, p. 9–28, 2000.

MAGIERA, A. et al. Body weight and quality of life among adolescents in Krakow. **Developmental period medicine**, v. 22, n. 2, p. 160–170, 2018.

MAK, K. et al. Sleep and Academic Performance in Hong Kong Adolescents. **J School Health**, v. 82, n. 11, p. 522–527, 2012.

MALTA, D. C. et al. Bullying entre adolescentes brasileiros: evidências das Pesquisas Nacionais de Saúde do Escolar, Brasil, 2015 e 2019. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 30, p. 1- 13. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6278.3679>, 2022.

MARTÍN, D. S.; MATESANZ, R. V. Relationship between the levels of physical activity and the defining features of the roles of aggression-victimization situations in schoolchildren. **SPORTIS-SCIENTIFIC TECHNICAL JOURNAL OF SCHOOL SPORT PHYSICAL EDUCATION AND PSYCHOMOTRICITY**, v. 4, p. 59–76, 2018.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, A. et al. Violent behaviour , victimization , self-esteem and physical activity of Spanish adolescents according to place of residence : a structural equation model / Conducta violenta , victimización , autoestima y actividad física de adolescentes españoles en fun. **Revista de Psicología Social**, v. 00, n. 00, p. 1–31, 2017.

MAZZARDO, O. et al. Comportamentos de risco à saúde entre adolescentes de acordo com gênero , idade e nível socioeconômico. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 49, n. November, p. 321–330, 2016.

MÉNDEZ, I. et al. Impact of the Physical Activity on Bullying. **FRONTIERS IN PSYCHOLOGY**, v. 10, p. 1–8, 2019.

MERRILL, R. M.; HANSON, C. L. Risk and protective factors associated with being bullied on school property compared with cyberbullied. **BMC Public Health**, v. 16, p. 1–10, fev. 2016.

MIELGO-AYUSO J, APARICIO-UGARRIZA R, CASTILLO A, RUIZ E, AVILA JM, ARANCETA-BARTRINA J, ET AL. Sedentary behavior among Spanish children and adolescents: findings from the ANIBES study. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, 2017.

MONG, J. A.; CUSMANO, D. M. Sex differences in sleep: Impact of biological sex and sex steroids. **Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences**, v. 371, n. 1688, p. 1–11, 2016.

MOORE, M.; MELTZER, L. J. The sleepy adolescent : causes and consequences of sleepiness in teens. **Paediatric Respiratory Reviews**, v. 9, p. 114–121, 2008.

MOORE, S. E. et al. Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. **World J Psychiatr**, v. 22, p. 60- 76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>, 2017.

NA, H.; PARK, H. Archives of Psychiatric Nursing Longitudinal Effects of Insufficient Sleep on Psychological Problems Among Adolescent Bullies Based on Korean Child and Youth Panel Survey. **Archives of Psychiatric Nursing**, n. September 2017, p. 0–1, 2018.

NASCIMENTO, M. M. R. et al. Parents' perception of health-related quality of life in children and adolescents with excess weight. **Jornal de pediatria**, v. 92, n. 1, p. 65–72, 2016.

- NETO, C.; FRAGA, S.; RAMOS, E. Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. **Revista de Saude Publica**, v. 46, n. 5, p. 808–815, 2012.
- NGANTCHA, M. et al. Revisiting Factors Associated With Screen Time Media Use: A Structural Study Among School-Aged Adolescents. **Journal of physical activity & health**, v. 15, n. 6, p. 448- 456. <https://doi.org/10.1123/jpah.2017-0272>, jun. 2018.
- NIKOLAOU, D. Bullying, cyberbullying, and youth health behaviors. **Kyklos**, v. 75, n. 1, p. 75- 105. <https://doi.org/10.1111/kykl.12286>, 2022.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Risk and protection factors for chronic noncommunicable diseases in adolescents in Brazilian capitals. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, n. Suppl 1, p. 1–15, 2018.
- OLIVEIRA, W. A. et al. Associations between the practice of bullying and individual and contextual variables from the aggressors' perspective. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 1, p. 32–39, 2016.
- OLWEUS, D. **The revised Olweus Bully/victim questionnaire**. University of Bergen, Mimeo, Bergen: Research Center for Health Promotion (HEMIL), 1996.
- OTTO, C. et al. Risk and protective factors of health-related quality of life in children and adolescents : Results of the longitudinal BELLA study. **Plos one**, p. 1–17, 2017.
- OWEN, N. et al. The Population-Health Science of Sedentary Behavior. **Exerc Sport Sci Rev**, v. 38, n. 3, p. 105–113, 2010.
- OWENS, J. Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences. **Pediatrics**, v. 134, n. 3, p. 921–932, 2014.
- OWENS, J. A.; WEISS, M. R. Insufficient Sleep in Adolescents: Causes and Consequences. **Minerva Pediatr.**, v. 69, n. 4, p. 326–336, 2017.
- PALENZUELA-LUIS, N.; DUARTE-CLÍMENTS, G.; GÓMEZ-SALGADO, J. International Comparison of Lifestyle in Adolescents : A Systematic Review. **International Journal of Public Health**, v. 67, n. September, p. 1–11, 2022.
- PASSOS, M. H. P. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 2, p. 200- 206. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.06.00>, 2017.
- PEARL, R. L. Weight Bias and Stigma : Public Health Implications and Structural Solutions. **Social Issues and Policy Review**, v. 12, n. 1, p. 146–182, 2018.
- PEARSON N, SHERAR LB, H. M. Prevalence and Correlates of Meeting Sleep, Screen-Time, and Physical Activity Guidelines Among Adolescents in the United Kingdom. **JAMA Pediatr**, v. 173, n. 10, p. 993–4, 2019.
- PELEG-OREN, N. et al. An Association Between Bullying Behaviors and Alcohol Use Among Middle School Students. **JOURNAL OF EARLY ADOLESCENCE**, v. 32, n. 6, p. 761- 775. <https://doi.org/10.1177/0272431610387144>, 2012.
- PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015**. Rio de Janeiro: IBGE,

2015.

PENSE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE): 2019 / IBGE**. Rio de Janeiro: [s.n.].

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; LOUZADA, F. M. Sonolência diurna excessiva em adolescentes : prevalência e fatores associados. **Rev Paul Pediatr**, v. 28, n. 1, p. 98–103, 2010.

PHYSICAL ACTIVITY GUIDELINES ADVISORY COMMITTEE. **2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report**. Washington: DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2018.

PIOLA, T. S. et al. IMPACT OF PHYSICAL ACTIVITY CORRELATES IN THE ISOLATED AND COMBINED PRESENCE OF INSUFFICIENT LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY AND HIGH SCREEN TIME AMONG ADOLESCENTS Impacto dos correlatos da atividade física na presença isolada e combinada de nível insuficiente. **Rev P**, v. 37, n. 2, p. 194–201, 2019.

POLI, C. **Bullying: como prevenir, combater e tratar**. São Paulo: Mundo Cristão, 2022.

PORFÍRIO, F. **“Bullying”; Brasil Escola**.

PUHL, R. M. et al. Cross-national perspectives about weight-based bullying in youth: nature, extent and remedies. **PEDIATRIC OBESITY**, p. 1–10, 2015.

PULIDO, R. et al. The Impact of School Bullying on Physical Activity in Overweight Youth: Exploring Race and Ethnic Differences. **The Journal of School Health**, v. 89, n. 4, p. 319–327, abr. 2019.

RIVERA-MORALES, J. et al. Physical Activity and Cardiorespiratory Fitness in Tarahumara and Mestizo Adolescents from Sierra Tarahumara , Mexico. **Am J Hum Biol**, n. March 2019, p. 1–8, 2020.

RUIZ-TRASSERRA, A. et al. Patterns of physical activity and associated factors among teenagers from Barcelona (Spain) in 2012. **Gac Sanit.**, v. 31, n. 6, p. 485–491, 2017.

RUPP, K.; MCCOY, S. M. Bullying Perpetration and Victimization among Adolescents with Overweight and Obesity in a Nationally Representative Sample. **Childhood obesity**, v. 15, n. 5, p. 323–330, 2019.

SALLIS, J. F. et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide : a cross-sectional study. **The Lancet**, v. 6736, n. 15, p. 1–10, 2016.

SAMPASA-KANYINGA, H. et al. Associations between the Canadian 24 h movement guidelines and different types of bullying involvement among adolescents. **Child Abuse and Neglect**, v. 108, p. 1–12, 2020.

SCHAAN CW, CUREAU FV, SBARAINI M, SPARRENBERGER K, KOHL III HW, S. B. Prevalence of excessive screen time and TV viewing among Brazilian adolescents: a systematic review and meta-analysis. **J Pediatr (Rio J)**, v. 95, n. 2, p. 155–65, 2019.

SHAW, T. et al. The forms of bullying scale (FBS): Validity and reliability estimates for a measure of bullying victimization and perpetration in adolescence.

Psychological Assessment, v. 25, n. 4, p. 1045–1057, 2013.

SHAWKI, B.; AL-HADITHI, T.; SHABILA, N. Association of bullying behaviour with smoking, alcohol use and drug use among school students in Erbil city, Iraq. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 27, n. 5, p. 483–490, 2021.

SILVA, A. B. B. **Bullying: mentes perigosas na escola**. São Paulo: Globo, 2015.

SILVA, C. F.; ROCHA, P.; SANTOS, P. Consumption of licit and illicit substances in Portuguese young people : a population- based cross-sectional study. **Journal of International Medical Research**, v. 46, n. 8, p. 3042–3052, 2018.

SILVA, M. P. DA. **Atividade Física e Comportamentos de risco à saúde de adolescentes de Curitiba - 2015 à 2017: Um estudo de coorte prospectivo**. [s.l.: s.n.].

SMITH, L. et al. Bullying victimization and obesogenic behaviour among adolescents aged 12 to 15 years from 54 low- and middle-income countries. **Pediatric Obesity**, p. 1–8, 2020.

SOARES, A. H. R. et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes : uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3197–3206, 2011.

STEARNS, J. A. et al. The role of peer victimization in the physical activity and screen time of adolescents: a cross-sectional study. **BMC pediatrics**, v. 17, n. 1, p. 170, jul. 2017.

STEENE-JOHANNESSEN, J. et al. Variations in accelerometry measured physical activity and sedentary time across Europe – harmonized analyses of 47 , 497 children and adolescents. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 17, n. 38, p. 1–14, 2020.

TAN, Y. et al. Body Weight, Weight Self-Perception, Weight Teasing and Their Association with Health Behaviors among Chinese Adolescents—The Shanghai Youth Health Behavior Survey. **Nutrients**, v. 14, n. 2931, 2022.

THOMAS, J. R.; NELSON, J. K.; SILVERMAN, S. J. **Métodos de pesquisa em Atividade Física**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VANCAMPFORT, D. et al. Correlates of physical activity among 142,118 adolescents aged 12–15 years from 48 low- and middle-income countries. **Preventive Medicine**, v. 127, p. 1–7, 2019.

VRIJEN, C. et al. Childhood and Adolescent Bullying Perpetration and Later Substance Use: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 147, n. 3, p. 1–17, 2021.

WATANABE, P. I. et al. Association Between weight-teasing and physical activity in adolescents. **Revista paulista de pediatria : orgao oficial da Sociedade de Pediatria de Sao Paulo**, v. 35, n. 3, p. 309- 315.
<http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2017>, 2017.

WHO. OBESITY : PREVENTING AND MANAGING THE GLOBAL EPIDEMIC. **World**

Health Organization, v. Geneva, p. 1–253, 2000.

WHO. **Global Recommendations on Physical Activity for Health**. World Health Organization. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication, 2010.

WHO. Social determinants of health and well-being among young people. **World Health Organization**, n. 6, 2012.

WHO. Global status report on alcohol and health 2014. **World Health Organization**, p. 1–392, 2014.

WHO. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

WIIUM, N.; BREIVIK, K.; WOLD, B. Growth Trajectories of Health Behaviors from Adolescence through Young Adulthood. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, p. 13711–13729, 2015.

WILLIAMS, G. C. et al. Longitudinal associations between bullying and alcohol use and binge drinking among grade 9 and 10 students in the COMPASS study. **Can J Public Health**, p. 1024–1032, 2020.

WOLKE, D.; LEREYA, S. T. Long-term effects of bullying. **Archives of disease in childhood**, v. 100, n. 9, p. 879–885, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Activity**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>>. Acesso em: 3 nov. 2018.

YI, X. et al. Clustering effects of health risk behavior on mental health and physical activity in Chinese adolescents. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 18, n. 211, p. 1–10, 2020.

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO (SEE)

SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO – SEED



ANEXO VI da RESOLUÇÃO N.º 406/2018 – GS/SEED

TERMO DE CONCORDÂNCIA DO NRE PARA A UNIDADE CEDENTE

Maringá, 07 de abril de 2022.

Senhor (a) Coordenador (a),

Declaramos que este Núcleo Regional de Educação de Maringá está de acordo com a condução do projeto de pesquisa "ASSOCIAÇÃO DO BULLYING COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES", a ser realizado pela pesquisadora Ana Beatriz Pacifico nos, 32 Colégios Estaduais do Município de Maringá, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Seres Humanos, da Universidade Federal do Paraná.

Estamos cientes que os participantes da pesquisa serão alunos do ensino médio, pertencentes à Rede Pública de Ensino do Estado do Paraná, bem como de que o presente trabalho deverá seguir a Resolução 488/2012 (CNS) e o Decreto nº 7037, de 2009.

Da mesma forma, temos ciência que a pesquisadora somente poderá iniciar a pesquisa pretendida após encaminhar, a esta Instituição, uma via do parecer de aprovação do estudo emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Paraná.

Maringá, 07 de abril de 2022..

Priscila Aparecida Tencati

Representante da CAA no NRE

Isabel Cristina Domingues Soares Lopes

Chefe do NRE

Decreto n.º 6840/2021



ePROTOCOLO



Documento: **Anexo_VI_.pdf**.

Assinatura Avançada realizada por: **Isabel Cristina Domingues** em 07/04/2022 11:08.

Inserido ao protocolo **18.837.030-6** por: **Priscila Aparecida Tencati** em: 07/04/2022 11:04.



Documento assinado nos termos do Art. 38 do Decreto Estadual nº 7304/2021.

A autenticidade deste documento pode ser validada no endereço:
<https://www.eprotocolo.pr.gov.br/splweb/validarAssinatura> com o código:
b8f91adf839a01d9bc4dac43fa11df4.

ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE CESUMAR

UNIVERSIDADE CESUMAR -
UNICESUMAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSOCIAÇÃO DO BULLYING COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

Pesquisador: Ana Beatriz Pacífico

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57872522.6.0000.5539

Instituição Proponente: Universidade Cesumar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.361.502

Apresentação do Projeto:

De acordo com o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931232.pdf" de 13/04/2022

Resumo:

O bullying pode afetar negativamente a vida do adolescente, ele é considerado um problema de saúde pública e necessita de mais estudos no Brasil. Objetivo: Verificar a associação do bullying com comportamentos risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR. Será verificado também o efeito moderador do estado nutricional na associação do bullying com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida, ajustado por sexo, faixa etária e nível socioeconômico em adolescentes Métodos: O estudo se caracteriza como correlacional de corte transversal. A amostra de adolescentes será selecionada de forma aleatória estratificada pela idade de 15 a 17 anos, matriculados nas turmas de ensino médio, das escolas estaduais, do período diurno da idade de Maringá-PR, estimando um total de 1304 escolares a serem coletados, sendo 652 meninos e 652 meninas. A maioria dos dados da pesquisa serão autorreportados com os seguintes instrumentos: Questionário de Bullying de Olweus (QBO) para avaliar a vítima e agressor do bullying, Questionário de Atividades Sedentárias para verificar o tempo sedentário, Physical Activity Questionnaire for Adolescents para nível de atividade física, Índice de Qualidade do Sono de

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

Bairro: Jardim Acimação

CEP: 87.050-390

UF: PR **Município:** MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@unicesumar.edu.br

Continuação do Parecer: 5.361.502

Pittsburgh (PSQI) para o tempo e qualidade do sono, Youth Risk Behavior Survey para consumo de bebida alcoólica, tabaco e drogas ilícitas, KIDSCREEN-52 para percepção de qualidade de vida, Questionário de Critério de Classificação Econômica Brasil para classificação socioeconômica, e idade e sexo serão obtidos por uma anamnese. O estado nutricional será obtido através do IMC do adolescente. Para análise dos dados inicialmente será verificada a normalidade do conjunto de dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. A estatística descritiva será utilizada para característica da amostra, com frequência absoluta e relativa para dados categóricos e para analisar a associação entre as variáveis será utilizado a regressão de Poisson bruta, e ajustada com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). Os tratamentos dos dados serão realizados pelo software estatístico IBM SPSS® versão 22.0.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931232.pdf" de 13/04/2022

Objetivo Primário:

Analisar a associação do bullying com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR.

Objetivo Secundário:

- Verificar a prevalência do bullying (vítima e agressor), de comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida de adolescentes;
- Verificar a relação do bullying (vítima e agressor) com comportamentos de risco à saúde em adolescentes;
- Verificar a relação do bullying (vítima e agressor) com a percepção de qualidade de vida em adolescentes;
- Verificar o efeito moderador do estado nutricional na associação do bullying com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida, ajustado por sexo, faixa etária e nível socioeconômico em adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931232.pdf" de 13/04/2022

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
 Bairro: Jardim Aclimação CEP: 87.050-390
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

UNIVERSIDADE CESUMAR -
UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 5.981.502

Riscos:

Os riscos da pesquisa são minimizados devido ao fato de que a maioria dos dados serão obtidos através do preenchimento de questionário e também haverá medidas antropométrica, o que pode causar constrangimento nas medidas e desconforto para o preenchimento do questionário.

Para amenizar estes desconfortos, o participante será lembrado da não obrigatoriedade da participação da pesquisa e que há a possibilidade de desistência em qualquer momento da coleta de dados, além da realização das medidas antropométricas serem individuais e em local reservado e também todos os dados serão mantidos em sigilo.

Benefícios:

Os benefícios se dão pelo fato do estudo poder apresentar condições de saúde relacionadas às variáveis estudadas na população dos alunos, envolvendo fatores psicossociais e físicos. Podendo descrever e estudar estratégias de persuasão quanto aos riscos à saúde, apontadas pelas variáveis de estudo da pesquisa nesse período escolar. E por fim as escolas terão acesso aos resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931232.pdf" de 13/04/2022

Protocolo de pesquisa vinculado ao PPG em Educação Física da UFPR.

Tamanho estimado da amostra: 1304 adolescentes, de 32 escolas estaduais da região de Maringá-PR.

Desenho:

Este estudo se caracteriza como inquérito descritivo correlacional de corte transversal, possibilitando analisar a associação do bullying com comportamentos de risco à saúde (comportamento sedentário e violento, níveis insuficientes de atividade física, sono insuficiente, uso de tabaco, drogas ilícitas e bebidas alcoólicas) e percepção de qualidade de vida em adolescentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados a esta submissão.

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
 Bairro: Jardim Aclimação CEP: 87.050-390
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

UNIVERSIDADE CESUMAR -
UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 5.981.502

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise dos documentos anexados a esta submissão, projeto APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS n. 466 de 2012, manifesta-se pela aprovação do projeto (da emenda proposta ao projeto) (da notificação proposta ao projeto) de pesquisa.

Informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA.

Situação: Projeto aprovado

Situação: Emenda aprovada

Situação: Notificação aprovada

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1931232.pdf | 13/04/2022 21:48:19 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 13/04/2022 21:47:43 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLETermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoresponsaveis.pdf | 13/04/2022 21:43:38 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLETermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf | 13/04/2022 21:43:25 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de | TALETermodeAssentimentoLivreeEsclarecido.pdf | 13/04/2022 21:41:58 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso

Bairro: Jardim Acimação

CEP: 87.050-390

UF: PR

Município: MARINGÁ

Telefone: (44)3027-6360

E-mail: cep@unicesumar.edu.br

UNIVERSIDADE CESUMAR -
UNICESUMAR



Continuação do Parecer: 5.981.502

| | | | | |
|----------------------------|---|------------------------|----------------------|--------|
| Ausência | TALETermodeAssentimentoLivreeEsclar ecido.pdf | 13/04/2022 21:41:58 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Orçamento | OrcamentodaPesquisa.pdf | 13/04/2022 21:41:13 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Outros | Instrumentodecoletadosdados.pdf | 13/04/2022 21:40:18 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Outros | OficiodeEncaminhamentoaoCEP.pdf | 13/04/2022 21:37:59 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Declaração de concordância | DeclaracaoAutorizacaoNucleoEducacao.pdf | 13/04/2022 21:36:02 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 13/04/2022 21:35:31 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaDeRosto.pdf | 13/04/2022 21:29:39 | Ana Beatriz Pacifico | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MARINGÁ, 20 de Abril de 2022

Assinado por:

Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Guedner, 1610 - Bloco 11 - 5º piso
Bairro: Jardim Acimação CEP: 87.050-390
UF: PR Município: MARINGÁ
Telefone: (44)3027-6360 E-mail: cep@unicesumar.edu.br

APÊNDICE 1– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 57872522.6.0000.5539

Título do Projeto: ASSOCIAÇÃO DO BULLYING COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

O adolescente pelo qual você é responsável está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a associação do bullying com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: Durante a aula no período da escola regular responder os questionários, podendo tirar dúvidas com o pesquisador e se disponibilizar que seja verificado a altura e peso.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são o tempo destinado a responder o questionário e disponibilidade para que seja verificado sua altura e peso, o que será feito de forma reservada.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são , o estudo poder apresentar condições de saúde físicas e fatores psicossociais dos adolescentes. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar outros adolescentes no futuro, pois será possível criar estratégias para melhorar condições possíveis e melhorar a percepção de qualidade de vida do adolescente e trazer fatores positivos ao ambiente escolar.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

haver ressarcimento por despesas decorrentes da participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Beatriz Pacífico, pelo telefone, (44) 9 9831-3053, com o Departamento de Educação Física da UFPR, pelo telefone, (41) 3361-3072 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar pelo telefone (44) 30276360 ramal 1345, ou no 5º andar do Bloco Administrativo, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome e assinatura do
participante da pesquisa

Nome e assinatura do
responsável pelo participante
da pesquisa

Nome e assinatura do
pesquisador que aplicou o
TCLE

Local e Data: _____

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

APÊNDICE 2– TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 57872522.6.0000.5539

Título do Projeto: ASSOCIAÇÃO DO BULLYING COM COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE E PERCEPÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a associação do bullying com comportamentos de risco à saúde e percepção de qualidade de vida em adolescentes da cidade de Maringá-PR. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: Durante a aula no período da escola regular responder os questionários, podendo tirar dúvidas com o pesquisador e se disponibilizar que seja verificado sua altura e peso.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são o tempo destinado a responder o questionário e disponibilidade para que seja verificado sua altura e peso, o que será feito de forma reservada.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são, o estudo poder apresentar condições de saúde físicas e fatores psicossociais dos adolescentes. A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado, e poderá beneficiar outros adolescentes no futuro, pois será possível criar estratégias para melhorar condições possíveis e melhorar a percepção de qualidade de vida do adolescente e trazer fatores positivos ao ambiente escolar.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo a avaliação curricular escolar que você recebe ou possa vir a receber na instituição. Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação, cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Ana Beatriz Pacífico, pelo telefone, (44) 9 9831-3053, com o Departamento de Educação Física da UFPR, pelo telefone, (41) 3361-3072 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unicesumar pelo telefone (44) 30276360 ramal 1345, ou no 5º andar do Bloco Administrativo, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome e assinatura do
participante da pesquisa
(se aplicável)

Nome e assinatura do
pesquisador que aplicou o
TCLE

Local e Data: _____

Pense em um **fim de semana** típico e escreva abaixo quanto tempo aproximadamente você gasta com cada uma das seguintes atividades no fim de semana.

| Atividade | Sábado | | Domingo | |
|---|--------|-----|---------|-----|
| | hs | min | hs | min |
| Assistir televisão | | | | |
| Ver vídeos/DVDs/cinema | | | | |
| Jogar videogame | | | | |
| Usar o computador para seu lazer (navegar na internet, jogar) | | | | |
| Usar computador para fazer lição de casa | | | | |
| Fazer sua lição de casa/trabalhos da escola ou estudar sem utilizar o computador | | | | |
| Ler por lazer | | | | |
| Fazer algum curso ou ter aulas particulares | | | | |
| Viajar ou se deslocar (de carro/ ônibus/ metrô/ motocicleta) | | | | |
| Fazer artesanato ou outro tipo de hobby manual | | | | |
| Ficar a toa (conversar com amigos/ficar no telefone/ouvir música/ficar relaxando) | | | | |
| Tocar/praticar um instrumento musical (sem esforço físico) | | | | |
| Ter aulas em sala na escola ou ir à igreja | | | | |

→ Tempo usando telefone celular na última semana: Quanto tempo você passou usando telefone celular após a escola? (Isto inclui tempo conversando, mandando mensagens ou navegando na internet):

- Eu não usei o telefone celular;
- Eu usei o telefone celular por menos que 1 hora por dia;
- Eu usei o telefone celular por 1 a 2 horas por dia;
- Eu usei o telefone celular 2 a 3 horas por dia;
- Eu usei celular mais que 3 horas por dia.

Assinale qual das afirmações abaixo de uma escala de 1 (discordo totalmente) a 6 (concordo totalmente) se aplica ao seu uso de celular.

| Itens | Discordo totalmente | Discordo | Discordo pouco | Concordo um pouco | Concordo | Concordo totalmente |
|--|---------------------|----------|----------------|-------------------|----------|---------------------|
| Deixo de fazer tarefas ou trabalhos planejados devido ao uso do celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tenho dificuldade para me concentrar na aula, nas lições de casa ou no trabalho devido ao uso do celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Sinto dor nos punhos ou no pescoço enquanto uso o celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Não há nada mais difícil do que ficar sem meu celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Eu fico impaciente e irritado quando estou sem em celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Fico pensando no meu celular mesmo quando não estou usando | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Eu nunca vou deixar de usar meu celular, mesmo se este uso cause problemas ou efeitos negativos na minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Tenho que checar constantemente meu celular para não perder as publicações nas redes sociais (WhatsApp, Twitter, Facebook, Instagram, por exemplo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Uso meu celular por mais tempo do que pretendia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| As pessoas à minha volta me dizem que uso excessivamente o celular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

• **PARTE 2: Atividade Física**

Atividade física no tempo livre: Você realizou alguma dessas atividades nos **últimos 7 dias** (última semana)? Se a resposta for sim, quantas vezes? (**Marcar (X)** uma única resposta por atividade).

| Atividade Física | Não | 1 - 2 | 3 - 4 | 5 - 6 | ≥ 7 |
|---|-----|-------|-------|-------|-----|
| Pular corda | | | | | |
| Andar de patins | | | | | |
| Skate | | | | | |
| Brincar de pega-pega | | | | | |
| Andar de bicicleta | | | | | |
| Caminhar como exercício físico | | | | | |
| Correr | | | | | |
| Nadar | | | | | |
| Dançar | | | | | |
| Fazer exercício em academias de ginástica | | | | | |
| Jogar basquete | | | | | |
| Jogar futebol/futsal | | | | | |
| Jogar voleibol | | | | | |
| Jogar tênis de campo/tênis de mesa | | | | | |
| Lutar judô, karatê, etc. | | | | | |
| Outros: | | | | | |
| Outros: | | | | | |

- Nos últimos 7 dias, durante as aulas de **Educação física**, quantas vezes você permaneceu muito ativo fisicamente: jogando intensamente, correndo, saltando, fazendo lançamentos, etc?
- () Não tenho aula de educação física; () Quase nunca; () Algumas vezes; () Muitas vezes () Sempre
- Nos últimos 7 dias, fora da escola, no **período da manhã**, quantas vezes você brincou, praticou esporte, realizou exercício físico ou dançou de tal forma que ficou muito fisicamente ativo?
- () Nenhuma vez; () Uma vez na semana; () 2-3 vezes; () 4-5 vezes; () 6 ou mais vezes
- Nos últimos 7 dias, fora da escola, no **período da tarde**, quantas vezes você brincou, praticou esporte, realizou exercício físico ou dançou de tal forma que ficou muito fisicamente ativo?
- () Nenhuma vez; () Uma vez na semana; () 2-3 vezes; () 4-5 vezes; () 6 ou mais vezes
- Nos últimos 7 dias, fora da escola, no **período da noite**, quantas vezes você brincou, praticou esporte, realizou exercício físico ou dançou de tal forma que ficou muito fisicamente ativo?
- () Nenhuma vez; () Uma vez na semana; () 2-3 vezes; () 4-5 vezes; () 6 ou mais vezes
- No **último final de semana**, quantas vezes você brincou, praticou esporte, realizou exercício físico ou dançou de tal forma que ficou muito fisicamente ativo?
- () Nenhuma vez; () Uma vez na semana; () 2-3 vezes; () 4-5 vezes; () 6 ou mais vezes
- Qual das seguintes situações melhor descreve seus **últimos 7 dias**?
- () Todo ou a maioria do tempo livre realizei atividades que exige pouco ou nenhum esforço físico.
- () Algumas vezes (1-2 vezes na última semana) realizei atividade física no meu tempo livre (por exemplo, pratiquei esporte, joguei bola, corri, nadei, dancei, andei de bicicleta, fiz exercício físico, etc.)
- () Frequentemente (3-4 vezes na última semana) realizei atividade física no meu tempo livre
- () Bastante frequentemente (5-6 vezes na última semana) realizei atividade física no meu tempo livre
- () Muito frequentemente (7 ou mais vezes na última semana) realizei atividade física no meu tempo livre

- Assinale com um X, com que frequência você realizou atividade física (por exemplo, praticou esporte, jogou bola, correu, nadou, dançou, andou de bicicleta, fez exercício físico, etc, em cada dia da semana).

| Atividades | Nenhuma | Pouco | Médio | Bastante | Muito |
|------------|---------|-------|-------|----------|-------|
| 2ª Feira | | | | | |
| 3ª Feira | | | | | |
| 4ª Feira | | | | | |
| 5ª Feira | | | | | |
| 6ª Feira | | | | | |
| Sábado | | | | | |
| Domingo | | | | | |

- Você esteve doente nessa última semana, ou apresentou alguma situação que o impediu de realizar normalmente atividade física?

() Sim () Não. Qual foi o impedimento? _____.

• **PARTE 3: Sono**

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria dos dias e noites** do último mês.

1. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama a noite? Hora usual de deitar: _____
2. Durante o último mês, quanto tempo (minutos) você geralmente levou para dormir à noite? _____
3. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar: _____
4. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? (diferente do número do horas que você ficou na cama). Horas de sono por noite) _____.

Para cada uma das próximas questões, marque a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda todas as questões.

5. Durante o último mês, com que frequência você **teve dificuldade para dormir** porque você...
- | | |
|--|--|
| a) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana | b) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana |
| c) Precisou levantar-se para ir ao banheiro () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana | d) Não conseguiu respirar confortavelmente () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana |
| e) Tossiu ou roncou forte () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana | f) Sentiu muito frio () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana |
| g) Sentiu muito calor () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana | h) Teve sonhos ruins () Nenhuma no último mês () Menos de uma vez por semana () Uma ou duas vezes por semana () Três ou mais vezes na semana |

- i) Teve dor
 Nenhuma no último mês
 Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três ou mais vezes na semana
- j) Outras razões, por favor descreva:

 Nenhuma no último mês
 Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três ou mais vezes na semana
6. Durante o último mês como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral:
 Muito boa
 Boa
 Ruim
 Muito ruim
7. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou "por conta própria") para lhe ajudar a dormir?
 Nenhuma no último mês
 Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três ou mais vezes na semana
8. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
 Nenhuma no último mês
 Menos de uma vez por semana
 Uma ou duas vezes por semana
 Três ou mais vezes na semana
9. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
 Nenhuma dificuldade
 Um problema muito leve
 Um problema razoável
 Um problema muito grande

• **PARTE 4: Bullying**

Você vai encontrar abaixo uma lista de situações nas quais pode ter se envolvido na escola. Assinale com um X a resposta que melhor representa a frequência com que você se envolveu nessa situação no **último mês**.

| | | Nenhuma vez | Uma ou duas vezes por mês | Uma ou mais vezes por semana |
|----|---|-------------|---------------------------|------------------------------|
| 01 | Me deram socos, pontapés ou empurrões | | | |
| 02 | Puxaram meu cabelo ou me arranharam | | | |
| 03 | Me ameaçaram | | | |
| 04 | Fui obrigado(a) a entregar dinheiro ou minhas coisas | | | |
| 05 | Pegaram sem consentimento meu dinheiro ou minhas coisas | | | |
| 06 | Estragaram minhas coisas | | | |
| 07 | Me xingaram | | | |
| 08 | Me insultaram por causa da minha cor ou raça | | | |
| 09 | Me insultaram por causa de alguma característica física | | | |
| 10 | Fui humilhado(a) por causa da minha orientação sexual ou trajeito | | | |
| 11 | Fizeram zoações por causa do meu sotaque | | | |
| 12 | Deram risadas e apontaram para mim | | | |
| 13 | Coloram apelidos em mim que eu não gostei | | | |

| | | Nenhuma vez | Uma ou duas vezes por mês | Uma ou mais vezes por semana |
|----|--|-------------|---------------------------|------------------------------|
| 14 | Fui encurralado(a) ou colocado(a) contra a parede | | | |
| 15 | Fui perseguido(a) dentro ou fora da escola | | | |
| 16 | Fui sexualmente assediado(a) | | | |
| 17 | Não me deixaram fazer parte de um grupo de colegas | | | |
| 18 | Me ignoraram completamente, me deram "gelo" | | | |
| 19 | Inventaram que pegue coisas dos colegas | | | |
| 20 | Disseram coisas maldosas sobre mim ou sobre minha família | | | |
| 21 | Fizeram ou tentaram fazer com que os outros não gostassem de mim | | | |
| 22 | Fui forçado(a) a agredir outro(a) colega | | | |
| 23 | Usaram da internet ou celular para me agredir | | | |

Você vai encontrar abaixo uma lista de situações nas quais pode ter se envolvido na escola. Assinale com um X a resposta que melhor representa a frequência com que você se envolveu nessa situação no **último mês**.

| | | Nenhuma vez | Uma ou duas vezes por mês | Uma ou mais vezes por semana |
|----|---|-------------|---------------------------|------------------------------|
| 01 | Dei socos, pontapés ou empurrões | | | |
| 02 | Puxei o cabelo ou arranhei | | | |
| 03 | Fiz ameaças | | | |
| 04 | Obriqueei a me entregar dinheiro ou coisas | | | |
| 05 | Peguei sem consentimento dinheiro ou coisas | | | |
| 06 | Estraguei coisas das pessoas | | | |
| 07 | Xinguei | | | |
| 08 | Insultei por causa ou raça | | | |
| 09 | Insultei causa de alguma característica física | | | |
| 10 | Humilhei por causa da orientação sexual ou trejeito | | | |
| 11 | Fiz zoações por causa do sotaque | | | |
| 12 | Dei risadas e aponte o dedo | | | |
| 13 | Coloquei apelidos nos outros que eles não gostaram | | | |
| 14 | Encurrelei ou coloquei contra a parede | | | |
| 15 | Persegui dentro ou fora da escola | | | |
| 16 | Assediei sexualmente | | | |
| 17 | Não deixei fazer parte do grupo de colegas | | | |
| 18 | Ignorei completamente, dei "gelo" | | | |
| 19 | Inventei que pegaram coisas dos colegas | | | |
| 20 | Disse coisas maldosas sobre ele(s) ou sobre sua(s) família | | | |
| 21 | Fiz ou tentei fazer com que os outros não gostassem dele | | | |
| 22 | Forcei a agredir outro(a) colega | | | |
| 23 | Usei da internet ou celular para agredir outro(s) colega(s) | | | |

• **PARTE 5: Tabaco, drogas e Álcool**

As próximas 11 questões referem-se ao uso de tabaco

| | |
|--|--|
| <p>1) Você já tentou fumar cigarro, até uma ou duas tragadas?</p> <p>a) Sim b) Não</p> | <p>2) Que idade você tinha quando fumou um cigarro inteiro pela primeira vez?</p> <p>a) Eu nunca fumei um cigarro inteiro b) 8 anos ou menos c) 9 ou 10 anos d) 11 ou 12 anos e) 13 ou 14 anos f) 15 ou 16 anos g) 17 anos ou mais</p> |
| <p>3) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> | <p>4) Durante os últimos 30 dias, nos dias em que fumou, quanto cigarros você fumou por dia?</p> <p>a) Eu não fumei cigarros durante os últimos 30 dias b) Menos que 1 cigarro por dia c) 1 cigarro por dia d) 2 a 5 cigarros por dia e) 6 a 10 cigarros por dia f) 11 a 20 cigarros por dia g) Mais que 20 cigarros por dia</p> |
| <p>5) Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve cigarros que fumou? (seleciona uma resposta)</p> <p>a) Eu não fumei cigarros nos últimos 30 dias b) Eu comprei uma loja de conveniência, bar, supermercado ou posto de gasolina c) Eu comprei em máquinas que vendem cigarros d) Eu dei dinheiro para alguém comprar pra mim e) Eu emprestei cigarros de alguém próximo a mim f) Uma pessoa com 18 anos ou mais deu o cigarro para mim g) Eu peguei em casa com alguém da minha família h) Eu consegui de outra maneira</p> | <p>6) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros na escola?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> |
| <p>7) Você tem fumado cigarros diariamente, isto é, pelo menos 1 cigarro a cada dia por 30 dias?</p> <p>a) Sim b) Não</p> | <p>8) Durante os últimos 12 meses, você tentou parar de fumar cigarros?</p> <p>a) Eu não fumei durante os últimos 12 meses b) Sim c) Não</p> |
| <p>9) Durante os último 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo, fumou cachimbo ou fumo de corda?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> | <p>10) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você mastigou fumo de corda na escola?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> |

| | |
|--|--|
| <p>11) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarrilha ou pequenos cigarros?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> | <p>12) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarro eletrônico "vape"?</p> <p>h) Nenhum dia i) 1 ou 2 dias j) 3 a 5 dias k) 6 a 9 dias l) 10 a 19 dias m) 20 a 29 dias n) Todos os 30 dias</p> |
|--|--|

As próximas 6 questões referem-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Isto inclui bebidas como cerveja, vinho, pinga, cachaça, champagne, conhaque, licor gim, vodka ou uísque

| | |
|---|---|
| <p>1) Durante sua vida, em quantos dias você bebeu pelo menos uma dose de bebida alcoólica?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 9 dias d) 10 a 19 dias e) 20 a 39 dias f) 40 a 99 dias g) 100 ou mais dias</p> | <p>2) Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?</p> <p>a) Eu nunca tomei uma dose de bebida alcoólica b) 8 anos ou menos c) 9 ou 10 anos d) 11 ou 12 anos e) 13 ou 14 anos f) 15 ou 16 anos g) 17 anos</p> |
| <p>3) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> | <p>4) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma mesma ocasião?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 dia c) 2 dias d) 3 a 5 dias e) 6 a 9 dias f) 10 a 19 dias g) 20 ou mais dias</p> |
| <p>5) Durante os últimos 30 dias, na maioria das vezes, de que maneira você obteve a bebida alcoólica que tomou?</p> <p>a) Eu não tomei bebida alcoólica nos últimos 30 dias b) Eu comprei em uma loja de conveniência, supermercado, ou posto de gasolina c) Em comprei em um restaurante, bar ou clube d) Eu comprei em um evento público, como festas, shows ou evento esportivo e) Eu dei dinheiro para alguém comprar para mim f) Alguém me deu g) Eu peguei em casa com alguém da família h) Eu consegui de outra maneira</p> | <p>6) Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você tomou pelo menos uma dose de bebida alcoólica na escola?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 5 dias d) 6 a 9 dias e) 10 a 19 dias f) 20 a 29 dias g) Todos os 30 dias</p> |

As próximas 4 questões referem-se ao uso de maconha

| | |
|---|--|
| <p>1) Durante sua vida quantas vezes você usou maconha?</p> <p>a) Nenhum dia b) 1 ou 2 dias c) 3 a 9 dias d) 10 a 19 dias e) 20 a 39 dias f) 40 a 99 dias g) 100 ou mais dias</p> | <p>2) Que idade você tinha quando usou maconha pela primeira vez?</p> <p>a) Eu nunca fumei maconha b) 8 aos ou menos c) 9 ou 10 anos d) 11 ou 12 anos e) 13 ou 14 anos f) 15 ou 16 anos g) 17 anos</p> |
| <p>3) Durante ou últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> | <p>4) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou maconha na escola?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> |

As próximas 9 questões referem-se ao uso de outras drogas

| | |
|---|---|
| <p>1) Durante sua vida, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína, incluindo pó, pedra ou pasta?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> | <p>2) Durante os últimos 30 dias, quantas vezes você usou qualquer forma de cocaína?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> |
| <p>3) Durante sua vida, em quantas vezes você cheirou cola, respirou conteúdos de spray aerossol, ou inalou tinta ou spray que deixa "ligado"?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> | <p>4) Durante sua vida, em quantas vezes você usou heroína?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> |
| <p>5) Durante sua vida, quantas vezes você usou metanfetaminas?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> | <p>6) Durante sua vida, quantas vezes você usou éxtase? (também chamada de "droga do amor")?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> |
| <p>7) Durante sua vida, quantas vezes você tomou anabolizantes sem prescrição médica?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 ou 2 vezes c) 3 a 9 vezes d) 10 a 19 vezes e) 20 a 39 vezes f) 40 ou mais vezes</p> | <p>8) Durante sua vida, quantas vezes você usou uma agulha para injetar qualquer droga ilegal em seu corpo?</p> <p>a) Nenhuma vez b) 1 vez c) 2 vezes ou mais</p> |

| | |
|--|--|
| 9) Durante os últimos 12 meses, alguém ofereceu, vendeu ou deu de graça alguma droga ilegal para você na escola? a) Sim b) Não | |
|--|--|

• **PARTE 6: Situação Econômica**

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Vamos começar? No domicílio tem (LEIA CADA ITEM e marque um X)

| ITENS DE CONFORTO | QUANTIDADE QUE POSSUI | | | | |
|---|--|---|---|---|----|
| | NÃO POSSUI | 1 | 2 | 3 | 4+ |
| Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular | | | | | |
| Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana | | | | | |
| Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho | | | | | |
| Quantidade de banheiros | | | | | |
| DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel | | | | | |
| Quantidade de geladeiras | | | | | |
| Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex | | | | | |
| Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones | | | | | |
| Quantidade de lavadora de louças | | | | | |
| Quantidade de fornos de micro-ondas | | | | | |
| Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional | | | | | |
| Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca | | | | | |
| A água utilizada neste domicílio é proveniente de? Marque X. | | | | | |
| 1 | Rede geral de distribuição (água encanada) | | | | |
| 2 | Poço ou nascente | | | | |
| 3 | Outro meio | | | | |

| Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: (Marque X) | |
|---|-----------------------|
| 1 | Asfaltada/Pavimentada |
| 2 | Terra/Cascalho |

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

| Assinale (X) | Nomenclatura atual | Nomenclatura anterior |
|--------------|--|---------------------------------------|
| | Analfabeto / Fundamental I incompleto | Analfabeto/Primário Incompleto |
| | Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | Primário Completo/Ginásio Incompleto |
| | Fundamental completo/Médio incompleto | Ginásio Completo/Colegial Incompleto |
| | Médio completo/Superior incompleto | Colegial Completo/Superior Incompleto |
| | Superior completo | Superior Completo |

• **PARTE 7: Qualidade de vida**

Por favor, leia cada pergunta com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar a última semana, ou seja, os últimos 7 dias. Qual é a resposta que primeiro ocorre a você? Escolha a opção que acredita ser melhor para você e assinale a resposta com um X.

Lembre-se: Isto não é uma prova. Não existem respostas certas ou erradas. Porém, é importante que responda todas as perguntas e que possamos identificar claramente o X.

| | | |
|---|---------------------------|---|
| Você tem alguma deficiência, doença ou problema médico crônico? | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim. Qual? _____ _____ |
|---|---------------------------|---|

1. Saúde e Atividade Física

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| 1. De maneira geral, como você descreve a sua saúde? | <input type="radio"/> Excelente | <input type="radio"/> Muito boa | <input type="radio"/> Boa | <input type="radio"/> Regular | <input type="radio"/> Mal |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Considerando a última semana... | | | | | |
| 2. Você se sentiu bem e em forma? | <input type="radio"/> Nada | <input type="radio"/> Um pouco | <input type="radio"/> Moderadamente | <input type="radio"/> Muito | <input type="radio"/> MUITÍSSIMO |
| 3. Você foi ativo/a fisicamente? (por exemplo, correu, andou de bicicleta, etc.)? | <input type="radio"/> Nada | <input type="radio"/> Um pouco | <input type="radio"/> Moderadamente | <input type="radio"/> Muito | <input type="radio"/> MUITÍSSIMO |
| 4. Você foi capaz de correr ("brincadeiras de corrida")? | <input type="radio"/> Nada | <input type="radio"/> Um pouco | <input type="radio"/> Moderadamente | <input type="radio"/> Muito | <input type="radio"/> MUITÍSSIMO |

| | | | | | |
|---|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Considerando a última semana... | | | | | |
| 5. Você se sentiu com muita energia/disposição? | <input type="radio"/> Nada | <input type="radio"/> Um pouco | <input type="radio"/> Moderadamente | <input type="radio"/> Muito | <input type="radio"/> MUITÍSSIMO |

2. Sentimentos

| Considerando a última semana... | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| 1. Você tem sido agradável? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |
| 2. Você se sentiu bem por estar vivo/a? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |
| 3. Você se sentiu satisfeito/a com sua vida? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |

| Considerando a última semana... | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|--|---|
| 4. Você se sentiu de bom humor? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |
| 5. Você se sentiu alegre? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |
| 6. Você se divertiu? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |

3. Estado Emocional

| Considerando a última semana... | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| 1. Você se sentiu como estivesse feito tudo errado? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 2. Você se sentiu triste? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 3. Você se sentiu tão mal que não queria fazer nada? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 4. Você se sentiu como tudo em sua vida estava mal? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 5. Você se sentiu farto/a (cheio/a)? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 6. Você se sentiu sozinho? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 7. Você se sentiu pressionado ("estressado")? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |

4. Auto-Percepção

| Considerando a última semana... | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| 1. Você se sentiu contente com maneira de ser? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 2. Você se sentiu contente com as suas roupas? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 3. Você esteve preocupado/a com a sua aparência? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 4. Você sentiu inveja da aparência de seus colegas? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 5. Você gostaria de mudar alguma parte do seu corpo? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ⁵ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |

5. Autonomia e Tempo Livre

| Considerando a última semana... | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| 1. Você teve tempo suficiente para você mesmo? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 2. Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 3. Você teve oportunidade suficiente de estar ao ar livre? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 4. Você teve tempo suficiente para encontrar os amigos/as? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |

5. Você escolheu o que fazer no seu tempo livre? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

6. Família/Ambiente Familiar

Considerando a última semana...

1. Seus pais entendem você? ¹Nada ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Muito ⁵Muitíssimo

2. Você se sentiu amado/a pelos seus pais? ¹Nada ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Muito ⁵Muitíssimo

Considerando a última semana...

3. Você se sentiu feliz em sua casa? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

4. Seus pais tiveram tempo suficiente para você? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

5. Seus pais trataram você de forma justa? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

6. Você conversou com seus pais como você queria? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

7. Aspectos Financeiros

Considerando a última semana...

1. Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

2. Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

Considerando a última semana...

3. Você teve dinheiro suficiente para fazer o que deseja com seus amigos/as? ¹Nada ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Muito ⁵Muitíssimo

8. Amigos e Apoio Social

Considerando a última semana...

1. Você teve tempo suficiente para ficar com seus amigos/as? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

2. Você realizou atividades com outros jovens? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

3. Você se divertiu com seus amigos/as? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

4. Você e seus amigos/as se ajudaram uns/umas aos outros/as? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

5. Você falou o que queria com seus amigos/as? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

6. Você sentiu que pode confiar em seus amigos/as? ¹Nunca ²Quase nunca ³Algumas vezes ⁴Quase sempre ⁵ Sempre

9. Ambiente Escolar

Considerando a última semana...

1. Você se sentiu feliz na escola? ¹Nada ²Um pouco ³Moderadamente ⁴Muito ⁵Muitíssimo

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|
| 2. Você foi bom/boa aluno/a na escola? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |
| 3. Você se sentiu satisfeito/a com seus professores? | <input type="radio"/> ¹ Nada | <input type="radio"/> ² Um pouco | <input type="radio"/> ³ Moderadamente | <input type="radio"/> ⁴ Muito | <input type="radio"/> ⁵ Muitíssimo |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|---|
| Considerando a última semana... | | | | | |
| 4. Você foi capaz de prestar atenção nas aulas? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 5. Você gostou de ir à escola? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |
| 6. Você teve uma boa relação com seus professores? | <input type="radio"/> ¹ Nunca | <input type="radio"/> ² Quase nunca | <input type="radio"/> ³ Algumas vezes | <input type="radio"/> ⁴ Quase sempre | <input type="radio"/> ⁵ Sempre |

10. Provocação/Bullying

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|
| Considerando a última semana... | | | | | |
| 1. Você sentiu medo de outros jovens? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ¹ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 2. Outros jovens zombaram ("gozaram") você? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ¹ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |
| 3. Outros jovens intimidaram ou ameaçaram você? | <input type="radio"/> ³ Nunca | <input type="radio"/> ⁴ Quase nunca | <input type="radio"/> ¹ Algumas vezes | <input type="radio"/> ² Quase sempre | <input type="radio"/> ¹ Sempre |

| | |
|-------------|---------------|
| Peso | Altura |
| _____ Kg | _____ m |

Muito Obrigado! Sua participação foi muito importante!