



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

MATEUS WILLAMS DE AMORIM VASCONCELOS

**O IMPACTO DO ENVOLVIMENTO PARENTAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE O
BULLYING E OS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS E SUICIDAS EM
ADOLESCENTES**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA
LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

MATEUS WILLAMS DE AMORIM VASCONCELOS

**O IMPACTO DO ENVOLVIMENTO PARENTAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE O
BULLYING E OS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS E SUICIDAS EM
ADOLESCENTES**

TCC apresentado ao Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de graduado em Licenciatura em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Machado Ferreira Tenório de Oliveira

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2024

MATEUS WILLAMS DE AMORIM VASCONCELOS

**O IMPACTO DO ENVOLVIMENTO PARENTAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE O
BULLYING E OS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS E SUICIDAS EM
ADOLESCENTES**

TCC apresentado ao Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de graduado em Licenciatura em Educação Física.

Aprovado em: 15/07/2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Machado Ferreira Tenório de Oliveira (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Esp. Felipe Pereira Ventura dos Santos (Externo)

RESUMO

Pode-se conceituar o bullying como uma subcategoria de violência, tendo impacto na adolescência, a vitimização pode afetar a saúde mental do jovem. Contudo, estudos recentes expõem a importância do cuidado parental, como efeito atenuante as vitimizações, constatando a importância do suporte familiar para minimizar as consequências do bullying. Objetivamos analisar o impacto da relação dos pais na associação entre o bullying, comportamentos depressivos e suicidas em adolescente. Trata-se de um transversal. A população alvo foram estudantes do ensino médio da rede pública, com idades entre 14 e 19 anos. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários, versão adaptado do (GSHS). Foram visitadas 85 escolas em 48 cidades de Pernambuco, cuja amostra final foi de 6.244 estudantes, sendo 59,7% meninas e 53,4 com idades entre 16 e 17 anos. Observamos que 11,1% e 7,5% dos adolescentes já apresentavam pensamento e planejamento suicida respectivamente. 81,7%, 68,7% e 42,6% dos jovens relataram que os pais normalmente não verificam suas tarefas, não entendem seus problemas e preocupações e não sabem o que eles fazem no seu tempo livre respectivamente. Constatou-se que 13% dos adolescentes sofrem bullying, tendo associação significativa com o sexo, idade e escolaridade materna ($p < 0,05$). A prevalência de 13% de vitimização associou-se ao baixo tempo destinado pelos pais para o convívio com seus filhos. Concluímos que os adolescentes vítimas de bullying estão mais expostos à comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida. Contudo, o convívio com os pais atrelada a uma relação afetiva, reduz aos comportamentos depressivos e suicidas.

Palavras-chave: bullying; saúde mental; envolvimento parental; comportamento depressivo; comportamento suicida; adolescentes.

ABSTRACT

Bullying can be conceptualized as a subcategory of violence, having an impact on adolescence, victimization can affect the young person's mental health. However, recent studies expose the importance of parental care, as a mitigating effect on victimization, noting the importance of family support to minimize the consequences of bullying. We aimed to analyze the impact of the parents' relationship on the association between bullying, depressive and suicidal behaviors in adolescents. It is a transversal. The target population were public high school students, aged between 14 and 19 years old. Data collection was carried out through the application of questionnaires, an adapted version of the (GSHS). 85 schools were visited in 48 cities in Pernambuco, with a final sample of 6,244 students, 59.7% girls and 53.4% aged between 16 and 17 years old. We observed that 11.1% and 7.5% of adolescents already had suicidal thoughts and plans, respectively. 81.7%, 68.7% and 42.6% of young people reported that their parents usually do not check their tasks, do not understand their problems and concerns and do not know what they do in their free time respectively. It was found that 13% of adolescents suffer bullying, with a significant association with gender, age and maternal education ($p < 0.05$). The 13% prevalence of victimization was associated with the low amount of time allocated by parents to spend time with their children. We conclude that adolescents who are victims of bullying are more exposed to depressive behaviors, suicidal ideation and planning. However, living with parents linked to an emotional relationship reduces depressive and suicidal behaviors.

Keywords: bullying; mental health; parental involvement; depressive behavior; suicidal behavior; teenagers.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	5
MÉTODOS.....	6
RESULTADOS.....	10
DISCUSSÃO.....	11
CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS	15
ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA:	25
APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA	26
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	27
APÊNDICE C – TERMO NEGATIVO DE CONSENTIMENTO	29
APÊNDICE D – VERSÃO ADAPTADA DO GLOBAL SCHOOL-BASED STUDENT HEALTH SURVEY (GSHS).....	31

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA REVISTA **EUROPEAN JOURNAL OF PEDIATRICS**, CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM NO ANEXO A.

INTRODUÇÃO

O bullying pode ser definido como uma subcategoria de violência, manifestada por comportamentos agressivos e intencionais repetitivos [1] com a finalidade de intimidar e maltratar, causando sofrimento, dor, humilhação e angústia [2]. Ressalta-se a importância de pesquisar tal tema durante a adolescência, visto que sua prevalência pode variar entre 10,0 e 40,5% [3], apresentando prevalências maiores entre os meninos [4]. É justamente nessa fase do desenvolvimento que ocorrem significativas modificações psicológicas, biológicas e sociais [5-6].

O bullying vem sendo associado a problemas relacionados à saúde mental, social e física da vítima e do agressor [7], podendo desencadear comportamentos agressivos, quadros depressivos e dificuldade de se relacionar com outras pessoas [8]. Além disso, o bullying corrobora com maiores níveis de ansiedade, baixa autoestima, isolamento, comportamentos de alto risco como excesso de substâncias, diminuição no desempenho escolar e desmotivação [9-10]. Comportamentos estes que podem levar a situações extremas como automutilação e comportamento suicida [11-13].

Diferente do impacto negativo do bullying na saúde mental dos adolescentes, tem-se as boas relações familiares como um fator protetivo para problemas relacionados à saúde mental [14]. Ademais, a boa comunicação, envolvimento afetivo e apego positivo com as figuras parentais são fatores de proteção para o bullying [2]. Neste sentido, crianças e adolescentes inseridos em famílias em contexto de conflito, escassez de diálogo, pouco suporte parental, violência doméstica, desarmonia e relações marcadas por estresse ou violência apresentam probabilidade elevada de envolvimento em situações de bullying [14-16].

Diante da importância da relação com os pais sobre o efeito que o bullying repercute na saúde mental, estudo realizado no Peru, destaca que o apoio dos adultos em casa mitiga as consequências negativas da vitimização por bullying, mantendo altos níveis de satisfação com a vida comparado com adolescentes que não possuem suporte familiar [17]. Contudo, até o presente momento não se sabe o impacto das relações familiares na associação com o bullying e os aspectos depressivos, incluindo comportamentos suicidas. Visando avaliar possíveis fatores protetivos para que as chances de consequências trágicas sejam atenuadas ou

até mesmo diminuídas, o objetivo do presente estudo é analisar o impacto da relação parental na associação entre o bullying e comportamentos depressivos e suicidas em adolescentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, descritivo e transversal com base escolar e abrangência estadual. As diretrizes de estudos observacionais padronizados em epidemiologia (STROBE) para estudos transversais foram seguidas para esta pesquisa [18]. O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (CAAE-0158.0.097.000- 10/CEP-UPE: 159/10). Todas as determinações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, foram respeitadas. Além disso, o presente trabalho teve a anuência da Secretaria de Educação e Cultura (SEDUC) do Estado de Pernambuco, que forneceu os dados referentes ao censo escolar.

A população alvo, estimada em 373.386 sujeitos foi constituída por estudantes do ensino médio matriculados na rede pública estadual, entre 14 e 19 anos. Para o cálculo do tamanho da amostra foram adotados os seguintes parâmetros: intervalo de confiança de 95%; erro máximo tolerável de 2%; efeito de delineamento amostral de dois; e prevalência estimada em 50% (opção adotada em função dos múltiplos fatores analisados no estudo) e acréscimo de 20% para possíveis perdas e recusas. A partir destes parâmetros, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 5.683 escolares. Este procedimento foi efetuado utilizando-se o programa SampleXS, distribuído pela Organização Mundial de Saúde para apoiar o planejamento amostral em estudos transversais. A seleção dos estudantes foi realizada por meio de amostragem por conglomerados em dois estágios.

A seleção da amostra foi por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, a unidade amostral foi a escola, selecionada por amostragem aleatória estratificada segundo a distribuição das escolas por porte (número de alunos matriculados no ensino médio e observaram-se os seguintes critérios: pequeno <200 alunos; médio 200-499 alunos; e grande porte >500 alunos) e gerência regional considerando-se a proporcionalidade de distribuição em 17 microrregiões do Estado. No segundo, foram sorteadas turmas, considerando a distribuição das escolas por turno (diurno/noturno) e séries nas escolas selecionadas no estágio anterior (1º, 2º e 3º ano). O sorteio das escolas, do porte escolar e das turmas foi realizado mediante o programa *randomizer*, disponível em: www.randomizer.org, que forneceu números aleatórios, nos quais, os pontos vermelhos no mapa (FIGURA 1)

representam os locais das escolas sorteadas e que conseqüentemente participaram do estudo.

Os dados foram coletados mediante uso de uma versão adaptada do questionário *Global School-Based Student Health Survey* (GSHS), proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) previamente validado e comumente usados em pesquisas com adolescentes [19-20]. Antes do início da coleta de dados, um estudo piloto foi conduzido a fim de testar a aplicabilidade do instrumento. Os dados foram coletados em uma escola de referência da rede pública estadual de ensino na cidade do Recife-PE, com uma amostra de 86 adolescentes com idade de 14 a 19 anos. Os indicadores de reprodutibilidade apresentaram um coeficiente de correlação intraclasse de moderados a altos na maioria dos itens do questionário, tendo os coeficientes de concordância (índice kappa) variado de 0,563 a 1,00.

A aplicação dos questionários foi efetuada em sala de aula na forma de entrevista coletiva sem a presença dos professores. Os estudantes foram assessorados por dois aplicadores previamente treinados, que esclareceram e auxiliaram no preenchimento dos dados. Todos os alunos foram informados que sua participação era voluntária e que os questionários não continham qualquer tipo de identificação pessoal. Os alunos também foram informados de que poderiam desistir em qualquer etapa da coleta de dados. Um termo de consentimento foi usado para obter dos pais de estudantes com idade inferior a 18 anos permissão para que participassem do estudo. Estudantes com 18 anos ou mais assinavam o próprio termo e indicavam a sua concordância em participar do estudo.

As informações pessoais, variáveis socioeconômicas e sociodemográficas foram adquiridas através da versão traduzida e adaptada do *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), oriundas de perguntas diretas relacionadas ao sexo, idade, cor da pele, estado civil, local da residência, ocupação e escolaridade da mãe a saber: "Qual o seu sexo?", "Qual a sua idade, em anos?", "Você se considera: branco, preto, pardo, amarelo ou indígena?", "Qual o seu estado civil?", "A sua residência fica localizada na região/área urbana ou rural?", "Você trabalha?" e "Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe", respectivamente.

Sobre a vitimização do bullying, para a obtenção de respostas mais fidedignas, foi lido o texto padrão conceituando o bullying para todos os jovens "O bullying ocorre quando um estudante diz ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outro estudante. Também é considerado bullying quando um estudante é humilhado ou quando ele é isolado propositalmente". Após a leitura, foi questionado "Durante os últimos 30 dias, de que maneira você geralmente sofreu bullying? Podendo o adolescente marcar apenas uma das respostas: "Eu não sofri bullying nos últimos 30 dias", "Eu fui atacado, chutado, empurrado ou trancado

em algum lugar contra a minha vontade”, “Eu fui ridicularizado por causa da cor da minha pele”, “Eu fui ridicularizado por causa da minha religião”, “Eu fui ridicularizado com brincadeiras, comentários ou gestos sexuais”, “Eu fui isolado, deixado de fora de atividades ou completamente ignorado”, “Eu fui ridicularizado por causa da aparência do meu corpo ou do meu rosto” e “Eu sofri alguma outra forma de bullying”. Com as referidas respostas, foi criada uma variável dicotomizada “não sofreu bullying” e “sofreu bullying”.

O comportamento depressivo, ideação suicida e planejamento suicida foram obtidos pelas perguntas “Durante os últimos 12 meses, você se sentiu “muito triste” ou “sem esperança”, quase todos os dias, durante duas semanas ou mais seguidas, a ponto de você ter que parar de fazer suas atividades normais?”, “Durante os últimos 12 meses, você já pensou seriamente em tentar suicídio?” e “Durante os últimos 12 meses, você fez planos sobre como tentaria se suicidar?”, respectivamente, tendo as respostas dicotômicas “sim” e “não”. Sabe-se que não há exames complementares para avaliação do risco de suicídio, por isso acrescentar perguntas na avaliação aumenta a sensibilidade de se conseguir detectar essa problemática [21].

Os comportamentos afetivos dos pais foram avaliados através das perguntas “Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam feitas?”, “Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?” e “Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?”, sendo as respostas baseadas na escala de Likert, sendo de Nunca até Sempre. As respostas foram dicotomizadas tendo como uma boa relação aqueles que responderam “A maioria das vezes” e “Sempre” e ruim como aqueles que responderam “Nunca”, “Raramente” e “Algumas vezes”.

O procedimento de tabulação dos dados foi efetuado por meio do programa Epi Data (versão 3.1), um sistema de domínio público distribuído pelo Departamento de Saúde e Serviço Social dos Estados Unidos. No caso em tela, o questionário foi importado de um formato de arquivo de texto (extensão TXT) para o formato de arquivo de questionário (extensão QES) do Epi Data. O recurso “*CHECK*” foi utilizado para controlar eletronicamente a entrada de dados na fase de digitação. Com o intuito de detectar erros na entrada de dados, os dados foram redigitados em outro computador. Através do programa “*VALIDATE*” do Epi Data, foi gerado um arquivo, contendo informações sobre os erros de digitação, a fim de corrigi-los e orientar o processo de revisão e limpeza do banco de dados.

A análise dos dados foi realizada por meio do programa *IBM SPSS Statistics* (versão

20.0) para Windows. Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foi observada distribuição de frequências. Na análise inferencial, foi utilizado o teste de Qui-quadrado de Pearson (χ^2), a fim de analisar a associação entre o bullying e a saúde mental em adolescentes, explorar os possíveis fatores de confusão e identificar a necessidade de ajustamento estatístico das análises.

Recorreu-se à regressão logística binária através da estimativa da razão de chances (odds ratio = OR) e intervalos de confiança de 95%, para expressar o grau de associação entre a variável independente (comportamentos depressivos e suicidas) e as variáveis dependentes relacionadas à saúde mental (bullying), recorrendo-se ao ajustamento para potenciais fatores de confusão, neste caso, de forma principal, a relação parental.

Para analisar a inclusão ou não das variáveis no modelo estatístico, recorreu-se ao teste de “Omnibus” ($p < 0,05$ para cada bloco), o teste de “Nagelkerke r square” e o teste “Hosmer Lemeshow” ($P > 0,05$) para cada modelo, sendo testadas as variáveis que possuíam alguma associação de acordo com a literatura como sexo, idade, ocupação e escolaridade materna. Além da análise das variáveis preditivas do modelo final, foi testada a ocorrência de interação e sendo encontrada, as análises foram realizadas de forma estratificada a depender das categorias referentes à variável. As variáveis foram introduzidas nos modelos utilizando o método “Enter”.

RESULTADOS

Oitenta e cinco escolas foram visitadas em 48 cidades do Estado de Pernambuco (região Nordeste do Brasil). Nas escolas selecionadas, um total de 7.195 alunos foram avaliados e entre aqueles 919 estavam fora da faixa etária alvo (idade ≤ 13 ou ≥ 20 anos) e 32 questionários foram excluídos por causa de dados inconsistentes e incompletos. Assim, foram incluídos no estudo 6.244, sendo 59,7% meninas e 53,4% com idade entre 16 e 17 anos. As características da amostra e as prevalências dos comportamentos depressivos e de afetividade com os pais, estratificadas pela vitimização do bullying, assim como as suas associações, estão presentes na tabela 1. Foi observado que 11,1% e 7,5% dos jovens já pensaram e planejaram o suicídio respectivamente. Além disso, notou-se que 81,7%, 68,7% e 42,6% dos adolescentes relataram que os pais normalmente não verificam suas tarefas, não entendem seus problemas e preocupações e não sabem o que eles fazem no tempo livre, respectivamente. Constatou-se que 13,0% dos adolescentes sofreram algum tipo de bullying e a vitimização do bullying está associada significativamente com o sexo, idade e escolaridade materna ($p < 0,05$).

Ao avaliar apenas os adolescentes que sofreram bullying, observamos que aqueles adolescentes em que os pais não verificavam suas tarefas escolares, não entendiam seus problemas e preocupações e não sabiam o que seus filhos faziam no tempo livre apresentavam maiores prevalências de comportamentos depressivos (85,3%, 81,2% e 56,5%), ideação suicida (90,4%, 87,8% e 61,7%) e planejamento suicida (88,5%, 87,7% e 62,8%), respectivamente, conforme a figura 2.

Nas análises ajustadas, presentes na tabela 2, encontrou-se maiores chances de se ter comportamentos depressivos nos adolescentes que sofriam bullying e os pais não verificavam suas tarefas escolares (OR=2,41; IC95%:2,0-2,9; $p < 0,001$), não entendiam seus problemas e preocupações (OR=2,60; IC95%:2,1-3,1; $p < 0,001$) e não sabiam o que seus filhos faziam no tempo livre (OR=2,97; IC95%:2,4-3,7; $p < 0,001$), quando comparados aos adolescentes que não sofriam bullying. Ademais, maiores chances de ideação suicida foram observadas nos adolescentes que sofriam bullying e os pais não verificavam suas tarefas escolares (OR=3,50; IC95%:2,8-4,3; $p < 0,001$), não entendiam seus problemas e preocupações (OR=3,79; IC95%:3,0-4,7; $p < 0,001$) e não sabiam o que seus filhos faziam no tempo livre (OR=4,30; IC95%:3,3 -5,6; $p < 0,001$), quando comparados aos adolescentes que não sofriam bullying. Além da ideação suicida, maiores chances de planejamento suicida também foram encontradas nos adolescentes que sofriam bullying e os pais não verificavam suas tarefas

escolares (OR=3,31; IC95%:2,6-4,3; $p<0,001$), não entendiam seus problemas e preocupações (OR=3,62; IC95%:2,8-4,7; $p<0,001$) e não sabiam o que seus filhos faziam no tempo livre (OR=3,48; IC95%:3,1 -5,6; $p<0,001$), quando comparados aos adolescentes que não sofriam bullying.

Na figura 3, observamos uma redução significativa das prevalências de comportamentos depressivos (45,4 Vs. 3,6%), ideação suicida (54,0% Vs. 2,1%) e planejamento suicida (53,5% Vs. 2,3%) quando os pais verificavam as tarefas escolares dos seus filhos, entendiam os problemas e preocupações dos seus filhos e sabiam o que seus filhos faziam no tempo livre simultaneamente, ao comparar aqueles que os pais não tinham nenhum desses comportamentos ($p<0,001$).

DISCUSSÃO

O nosso objetivo foi analisar o impacto da relação parental na associação entre o bullying e comportamentos depressivos e suicidas em adolescentes. Dentre os principais resultados, destaca-se: 1) A prevalência de adolescentes que sofreram bullying foi de 13%, sendo maior entre os adolescentes do sexo masculino, nos mais novos e naqueles que a mãe possuía um menor tempo de estudo; 2) Foi observado que 11,1% e 7,5% dos jovens já pensaram e planejaram o suicídio respectivamente; 3) Notou-se que 81,7%, 68,7% e 42/6% dos adolescentes relataram que os pais normalmente não verificam suas tarefas, não entendem seus problemas e preocupações e não sabem o que eles fazem no tempo livre respectivamente; 4) Os adolescentes que sofreram bullying e não tinham comportamentos afetivos com seus pais tinham mais chances de ter comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida, quando comparados com aqueles que não sofriam bullying ou sofriam, mas tinham comportamentos afetivos com seus pais, independentemente do sexo, idade, escolaridade materna, cor de pele e região e 5) A importância dos comportamentos afetivos em relação aos comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida se mostra mais evidente ao se avaliar tais comportamentos de forma simultânea, sendo observadas prevalências significativamente menores de tais comportamentos quando os pais se mostram mais presentes na vida dos seus filhos.

A prevalência encontrada de 13% de adolescentes que sofriam bullying foi menor que a encontrada na literatura. Neste sentido, pesquisa que compilou dados globais entre 2003 e 2015 encontrou uma prevalência de 30,5% [22], mas assim como o constatado em nosso

estudo, nesta pesquisa também foram observadas maiores prevalências no sexo masculino, nos mais novos e naqueles com um menor nível socioeconômico, fator este que avaliamos por intermédio do tempo de estudo da mãe. Essa diferença na prevalência geral pode ser dar pela idade do grupo do referido trabalho, visto que avaliaram adolescentes com idade entre 12 e 17 anos e no nosso estudo avaliamos com idade entre 14 e 19 anos, sendo a idade uma variável que tem associação significativa com a vitimização do bullying, associação observada no presente estudo.

Constatamos que 11,1% e 7,5% dos jovens já pensaram e planejaram o suicídio, respectivamente. Prevalências próximas das encontradas no estudo que avaliou 280,076 adolescentes com idade entre 13 e 17 anos, sendo 12,1 e 11,1% para ideação e planejamento suicida, respectivamente [23]. Contudo, pesquisa intercontinental obteve prevalências superiores quanto a ideação e planejamento suicida em adolescentes com idade entre 13 e 17, observando 16,9% e 17,0%, respectivamente [24]. É importante destacar que a heterogeneidade das prevalências entre os países pode ser oriunda das diferenças culturais [25].

Um fato preocupante foi a alta prevalência dos adolescentes que os pais normalmente não verificam suas tarefas, não entendem seus problemas e preocupações e não sabem o que eles fazem no tempo livre, sendo estas 81,7%, 68,7% e 42,6%, respectivamente. Neste contexto, a privação dos componentes afetivos motivada pela negligência dos pais, pode reduzir consideravelmente os níveis de satisfação com a vida do adolescente, impactando negativamente sua percepção de suporte familiar [17]. Os baixos níveis de envolvimento com os filhos, resultam na construção de ambientes familiares vulneráveis, desfavorecendo a interação e a elaboração de princípios e valores, que se farão necessários para além da esfera familiar [26].

Os adolescentes que sofreram bullying, mas não tiveram os comportamentos afetivos com seus pais, manifestaram maiores chances de ter comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida. Devido a inadequação na atmosfera familiar, aspectos como a dificuldade de comunicação, atrelado a comparações tendenciosas na relação parental-filial, percepção de abandono e a percepção por parte do jovem de ser o problema familiar, são pontos que contribuem para o agravamento do quadro da vítima [27]. Ademais, evidências apontam que a vitimização do bullying estabelece uma relação direta com o comportamento depressivo e comportamento suicida, frisando o comportamento depressivo como estado mediador, entre o bullying e o comportamento suicida [28]. Ou seja, jovens que expressam níveis reduzidos de suporte parental, associado ao bullying e ao comportamento depressivo,

podem apresentar maiores propensões ao comportamento suicida [29]. Detectamos que comportamentos afetivos de forma simultânea reduzem significativamente o impacto dos comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida em adolescentes vítimas de bullying. Tal ponto reforça a importância de um ambiente familiar como forma de blindar os jovens de problemas depressivos, visto que interações positivas, proporcionadas pela relação parental de qualidade, favorece o estímulo ao desenvolvimento de mecanismos atenuantes por parte do adolescente, capazes de atuar de maneira protetiva contra o bullying escolar [30]. A intervenção familiar por meio dos comportamentos afetivos pode instaurar conexões benéficas entre pais e filhos, viabilizando a elaboração de um ambiente saudável, onde o adolescente tem maior percepção de amparo e aceitação, dispondo do apoio necessário para lidar com suas emoções, minimizando assim, o comportamento depressivo [31]. Deste modo, o cuidado, afeto e atenção com os jovens podem prevenir o comportamento suicida, [32]. Além disso, uma vez que, a exposição contínua a agressões, associado ao estado de solidão, percepção de rejeição, conflitos, falta de apoio dos colegas e supervisão dos pais, são fatores que propiciam elo significativo com o comportamento suicida nos adolescentes [23], desenvolvendo um intenso sofrimento psíquico e físico, quereflete em seu cotidiano [33].

Algumas limitações precisam ser consideradas como o erro de causalidade reversa, frequente na interpretação de estudos transversais, e as medidas autorreferidas relacionadas aos comportamentos depressivos e suicidas. Neste sentido, seria interessante a confirmação do diagnóstico por meio de entrevista psiquiátrica estruturada, mas ciente da amostra do presente estudo, tal forma seria de difícil aplicação. Ademais, mesmo ciente das limitações inerentes ao uso do questionário, os indicadores de reprodutibilidade apresentaram coeficiente de correlação intraclasse de moderados a altos nos itens usados do instrumento e é importante destacar que visamos fazer um rastreio geral dos comportamentos, fato que pode trazer indícios de problemas relacionados à saúde mental que devem ser avaliados previamente para que intervenções sejam realizadas. Entre os pontos fortes destacamos não só o resultado inédito até o momento, mas também o rigor metodológico, devido ao controle de possíveis fatores de confusão como a representatividade da população de estudantes das escolas da rede pública do ensino médio do Estado de Pernambuco, levando em consideração os procedimentos de amostragem que foram estabelecidos para garantir que o banco fosse composto por estudantes adolescentes que frequentassem as escolas em seus diferentes turnos.

CONCLUSÃO

Observamos uma prevalência de 13% de vitimização do bullying e uma alta

prevalência de pais que não destinam um maior tempo para o convívio com seus filhos. Ademais, concluímos que os adolescentes vítimas do bullying estão mais expostos à comportamentos depressivos, ideação e planejamento suicida, mas essa exposição reduz significativamente quando estes têm mais convívio com seus pais e possuem comportamentos afetivos como: verificar suas tarefas escolares, entender seus problemas e preocupações e saber o que eles fazem no tempo livre.

REFERÊNCIAS

1. Silva, M. V. R. (2022). Consequências do Bullying na Saúde Mental dos Adolescentes no Contexto Escolar: Revisão narrativa. *Scientia Generalis*, 3(1), 33-38.
2. Andrade, A. P. R. D. (2022). O Projeto Professor Diretor de Turma como instrumento de intervenção na formação cidadã.
3. Salgado, F. S., Senra, L. X., & Lourenço, L. M. (2014). Effectiveness indicators of bullying intervention programs: A systematic review of the international literature. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31, 179-190.
4. Patel, V., Varma, J., Nimbalkar, S., Shah, S., & Phatak, A. (2020). Prevalence and Profile of Bullying Involvement among Students of Rural Schools of Anand, Gujarat, India. *Indian journal of psychological medicine*, 42(3), 268–273. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_172_19
5. Araújo, A. C., Lunardi, V. L., da SILVEIRA, R. S., Thoféhrn, M. B., & Porto, A. R. (2010). Relacionamentos e interações no adolescer saudável. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 136-136.
6. Schwonke, C. R. G. B., Fonseca, A. D. D., & Gomes, V. L. D. O. (2009). Vulnerabilidades de adolescentes com vivências de rua. *Escola Anna Nery*, 13, 849-855.
7. Granado, L. N., Baeta, N. C. D. C. C., Cordoni, J. K., & Reato, L. D. F. N. (2021). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes agressores e vítimas de bullying. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(2), 6027-6049.
8. Trevisol, M. T. C., & Campos, C. A. (2016). Bullying: verificando a compreensão dos professores sobre o fenômeno no ambiente escolar. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(2), 275-284.
9. Brino, R. D. F., & Lima, M. H. D. C. G. (2015). Understanding students bullied: to

whom they disclose?. *Psicologia da Educação*, (40), 27-39.

10. Naveed, S., Waqas, A., Aedma, K. K., Afzaal, T., & Majeed, M. H. (2019). Association of bullying experiences with depressive symptoms and psychosocial functioning among school going children and adolescents. *BMC research notes*, 12, 1-4.
11. Sousa, G. S. D., Santos, M. S. P. D., Silva, A. T. P. D., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099-3110.
12. Ford, R., King, T., Priest, N., & Kavanagh, A. (2017). Bullying and mental health and suicidal behaviour among 14-to 15-year-olds in a representative sample of Australian children. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(9), 897-908.
13. Romo, M. L., & Kelvin, E. A. (2016). Impact of bullying victimization on suicide and negative health behaviors among adolescents in Latin America. *Revista panamericana de salud publica*, 40, 347-355.
14. Oliveira, W. A. D., Silva, J. L. D., Yoshinaga, A. C. M., & Silva, M. A. I. (2015). Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. *Psico-USF*, 20, 121-132.
15. Santoyo, C. V., & Mendoza, B. G. (2018). Behavioral Patterns of Children Involved in Bullying Episodes. *Frontiers in psychology*, 9, 456. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00456>
16. Silva, D. A., & Marcolan, J. F. (2021). O impacto das relações familiares no comportamento suicida. *Research, Society and Development*, 10(2), e17310212349-e17310212349.
17. Miranda, R., Oriol, X., Amutio, A., & Ortúzar, H. (2019). Adolescent bullying victimization and life satisfaction: Can family and school adult support figures mitigate this effect?. *Revista de Psicodidáctica (English Ed.)*, 24(1), 39-45.
18. STROBE, I. (2008). Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de

estudios observacionales. *Gac. sanit.(Barc., Ed. impr.)*, 144-150.

19. Oliveira, L. M. F. T. D., Santos, A. R. M. D., Farah, B. Q., Ritti-Dias, R. M., Freitas, C. M. S. M. D., & Diniz, P. R. B. (2019). Influência do tabagismo parental no consumo de álcool e drogas ilícitas entre adolescentes. *Einstein (São Paulo)*, 17, eAO4377.
20. Santos, T. R. D. M. F., Pirauá, A. L. T., Farah, B. Q., da Silva, A. O., de Barros, M. V. G., Ritti-Dias, R. M., & Oliveira, L. M. (2020). Qual o impacto das escolas de tempo integral ou semi-integral sobre o nível de atividade física e comportamento sedentário de adolescentes? Estudo transversal. *Humanidades & Inovação*, 7(10), 297-304.
21. O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85..
22. Biswas, T., Scott, J. G., Munir, K., Thomas, H. J., Huda, M. M., Hasan, M. M., David de Vries, T., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2020). Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine*, 20,100276.<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100276>
23. Hasan, M. M., Fatima, Y., Pandey, S., Tariqujjaman, M., Cleary, A., Baxter, J., & Mamun, A. A. (2021). Pathways linking bullying victimisation and suicidal behaviours among adolescents. *Psychiatry research*, 302, 113992.
24. Uddin, R., Burton, N. W., Maple, M., Khan, S. R., & Khan, A. (2019). Suicidal ideation, suicide planning, and suicide attempts among adolescents in 59 low-income and middle-income countries: a population-based study. *The Lancet. Child & adolescent health*, 3(4), 223–233. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30403-6](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30403-6)
25. Hosozawa, M., Bann, D., Fink, E., Elsdén, E., Baba, S., Iso, H., & Patalay, P. (2021). Bullying victimisation in adolescence: Prevalence and inequalities by gender, socioeconomic status and academic performance across 71 countries. *EClinicalMedicine*, 41.
26. Oliveira, W. A. D., Silva, J. L. D., Braga, I. F., Romualdo, C., Brandão, W., Caravita, S. C. S., & Silva, M. A. I. (2019). Percepções de estudantes sobre bullying e família: um

enfoque qualitativo na saúde do escolar. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(02), 158-165.

27. De la Villa Moral, M., & Ovejero, A. (2021). ADOLESCENTS' ATTITUDES TO BULLYING AND ITS RELATIONSHIP TO PERCEIVED FAMILY SOCIAL CLIMATE. *Psicothema*, 33(4), 579.

28. Azúa Fuentes, E., Rojas Carvallo, P., & Ruiz Poblete, S. (2020). Acoso escolar (bullying) como factor de riesgo de depresión y suicidio [Bullying as a risk factor for depression and suicide]. *Revista chilena de pediatría*, 91(3), 432–439. <https://doi.org/10.32641/rchped.v91i3.1230>

29. Barzilay, S., Brunstein Klomek, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Balazs, J., Keresztesy, A., Brunner, R., Kaess, M., Bobes, J., Saiz, P., Cosman, D., Haring, C., Banzer, R., Corcoran, P., Kahn, J. P., Postuvan, V., ... Wasserman, D. (2017). Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 61(2), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.02.002>

30. Borsa, J. C., Petrucci, G. W., & Koller, S. H. (2015). La participación de los padres en las investigaciones sobre el bullying escolar. *Psicología escolar e educacional*, 19, 41-48.

31. Rudolph, K. D., Monti, J. D., Modi, H., Sze, W. Y., & Troop-Gordon, W. (2020). Protecting Youth Against the Adverse Effects of Peer Victimization: Why Do Parents Matter?. *Journal of abnormal child psychology*, 48(2), 163–176. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00576-9>

32. Alvarez-Subiela, X., Castellano-Tejedor, C., Villar-Cabeza, F., Vila-Grifoll, M., & Palao-Vidal, D. (2022). Family Factors Related to Suicidal Behavior in Adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 19(16), 9892. <https://doi.org/10.3390/ijerph19169892>

33. Pigozi, P. L., & Machado, A. L. (2015). Bullying during adolescence in Brazil: an overview. *Ciência & saúde coletiva*, 20, 3509-3522.

TABELAS

Tabela 1 – Prevalências relacionadas às características socioeconômicas e demográficas e suas associações com a vitimização do bullying em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de ensino de Pernambuco (n=6.244).

Variáveis	Não sofreu Bullying		Sofreu Bullying		p-valor	Total	
	n	%	n	%		n	%
	5433	87,0	814	13,0			
Sexo							
Masculino	2.141	85,1	375	14,9	<0,001	2.516	40,3
Feminino	3.289	88,2	439	11,8		3.728	59,7
Idade (anos)							
14 – 15	1.142	84,8	204	15,2	0,024	1.346	21,5
16 – 17	2.913	87,3	424	12,7		3.337	53,4
18 – 19	1.378	88,1	186	11,9		1.564	25,0
Ocupação							
Trabalha	1.198	86,4	188	13,6	0,532	1.386	22,2
Não trabalha	4.218	87,1	626	12,9		4.844	77,8
Local de residência							
Urbano	4.042	87,3	589	12,7	0,192	4.631	74,5
Rural	1.364	86,0	222	14,0		1.586	25,5
Cor de pele							
Branco	1.415	87,5	202	12,5	0,459	1.617	26,0
Não branco	4.000	86,8	609	13,2		4.609	74,0
Escolaridade materna							
Maior que 8 anos de estudo	1.675	88,1	227	11,9	0,032	1.902	35,4
Menor ou igual a 8 anos de estudo	2.990	86,0	487	14,0		3.477	64,6
Os pais verificavam as tarefas escolares dos seus filhos							
A maioria das vezes ou sempre	1.017	89,2	123	10,8	0,013	1.140	18,3
Nunca, raramente ou algumas vezes	4.409	86,5	689	13,5		5.098	81,7
Os pais entendem os problemas e preocupações dos seus filhos							
A maioria das vezes ou sempre	1.774	90,7	181	9,3	<0,001	1.955	31,3
Nunca, raramente ou algumas vezes	3.656	85,3	631	14,7		4.287	68,7
Os pais sabem o que seus filhos fazem no tempo livre							
A maioria das vezes ou sempre	3.172	88,7	405	11,3	<0,001	3.577	57,4
Nunca, raramente ou algumas vezes	2.253	84,8	405	15,2		2.658	42,6
Comportamento depressivo							
Não	4.061	89,6	470	10,4	<0,001	4.531	72,7
Sim	1.359	79,9	342	20,1		1.701	27,3
Ideação suicida							
Não	4.915	88,8	619	11,2	<0,001	5.534	88,9
Sim	503	72,7	189	27,3		692	11,1
Planejamento suicida							
Não	5.073	88,2	679	11,8	<0,001	5.752	92,5
Sim	338	72,2	130	27,8		468	7,5

Fonte: O autor (2024).

Tabela 2. Razão de chance (Odds ratio) bruta e ajustada dos comportamentos afetivos entre os pais e filhos e os comportamentos relacionados à saúde mental (comportamento depressivo, ideação e planejamento suicida) em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública estadual de ensino de Pernambuco (n=6.244).

Comportamento depressivo								
Variáveis	Odds ratio (Bruta)	IC95%	p-valor	p-valor geral	Odds ratio (ajustada#)	IC95%	p-valor	p-valor geral
Relação entre o bullying e a verificação das tarefas escolares dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais verificam as tarefas escolares dos filhos	2,08	1,4-3,0	<0,001	<0,001	2,16	1,4-3,2	<0,001	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO verificam as tarefas escolares dos filhos	2,18	1,8-2,6	<0,001		2,41	2,0-2,9	<0,001	
Relação entre o bullying e o entendimento dos problemas e preocupações dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais entendem os problemas e preocupações dos filhos	1,64	1,2-2,2	0,002	<0,001	1,79	1,2-2,4	<0,001	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO entendem os problemas e preocupações dos filhos	2,35	2,0-2,7	<0,001		2,60	2,1-3,1	<0,001	
Relação entre o bullying e a ciência do que os filhos fazem no tempo livre os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre	1,71	1,4-2,1	<0,001	<0,001	1,87	1,5-2,3	<0,001	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO sabem o que os filhos fazem no tempo livre	2,72	2,2-3,3	<0,001		2,97	2,4-3,7	<0,001	
Ideação Suicida								
Relação entre o bullying e a verificação das tarefas escolares dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais verificam as tarefas escolares dos filhos	1,70	1,0-2,8	0,040	<0,001	1,80	1,0-3,1	0,036	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO verificam as tarefas escolares dos filhos	3,22	2,6-3,9	<0,001		3,50	2,8-4,3	<0,001	
Relação entre o bullying e o entendimento dos problemas e preocupações dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais entendem os problemas e preocupações dos filhos	1,42	0,9-2,2	0,123	<0,001	1,54	0,9-2,5	0,082	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO entendem os problemas e preocupações dos filhos	3,52	2,9-4,3	<0,001		3,79	3,0-4,7	<0,001	
Relação entre o bullying e a ciência do que os filhos fazem no tempo livre os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre								
Não sofre bullying	1			<0,001	1			<0,001
Sofre bullying e os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre	2,11	1,6-2,8	<0,001		2,26	1,7-3,0	<0,001	

Continua na página seguinte.

Continuação:

Sofre bullying e os pais NÃO sabem o que os filhos fazem no tempo livre	3,97	3,1-5,0	<0,001		4,30	3,3-5,6	<0,001	
Planejamento Suicida								
Relação entre o bullying e a verificação das tarefas escolares dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais verificam as tarefas escolares dos filhos	2,10	1,2-3,6	0,008	<0,001	2,40	1,3-4,3	0,003	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO verificam as tarefas escolares dos filhos	3,02	2,4-3,8	<0,001		3,31	2,6-4,3	<0,001	
Relação entre o bullying e o entendimento dos problemas e preocupações dos filhos								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais entendem os problemas e preocupações dos filhos	1,45	0,9-2,4	0,162	<0,001	1,74	1,0-3,0	0,048	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO entendem os problemas e preocupações dos filhos	3,33	2,6-4,2	<0,001		3,62	2,8-4,7	<0,001	
Relação entre o bullying e a ciência do que os filhos fazem no tempo livre os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre								
Não sofre bullying	1				1			
Sofre bullying e os pais sabem o que os filhos fazem no tempo livre	2,01	1,5-2,8	<0,001	0,001	2,24	1,6-3,2	<0,001	<0,001
Sofre bullying e os pais NÃO sabem o que os filhos fazem no tempo livre	3,79	2,9-4,9	<0,001		4,18	3,1-5,6	<0,001	
# Ajustada pelo sexo, idade, escolaridade materna, cor de pele e região								

Fonte: O autor (2024).

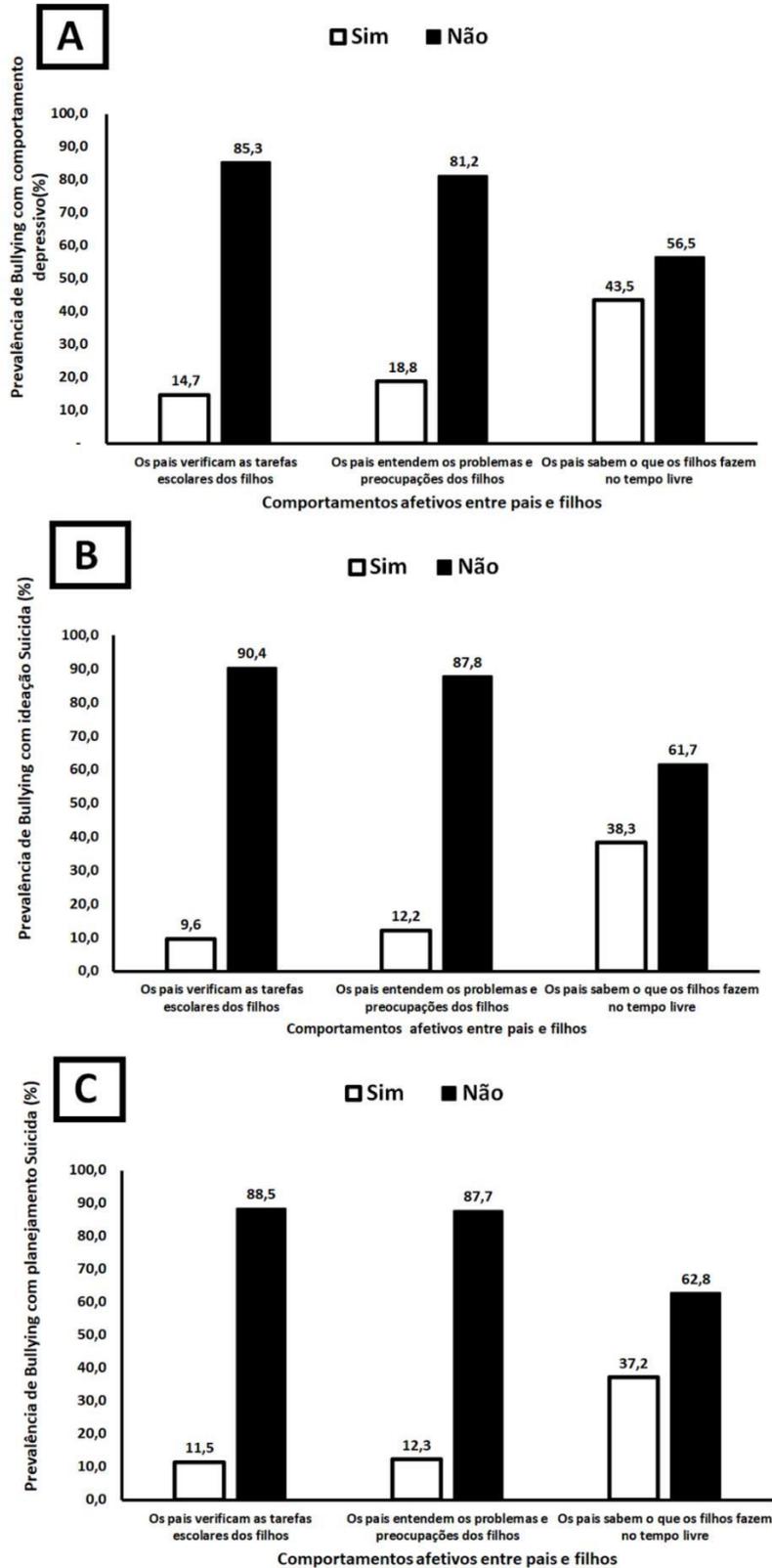
FIGURAS

Figura 1. Localização geográfica das escolas sorteadas e coletadas para inquérito epidemiológico transversal de base escolar.



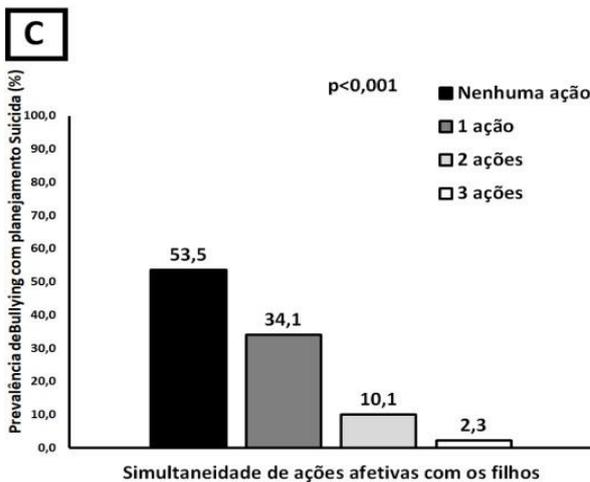
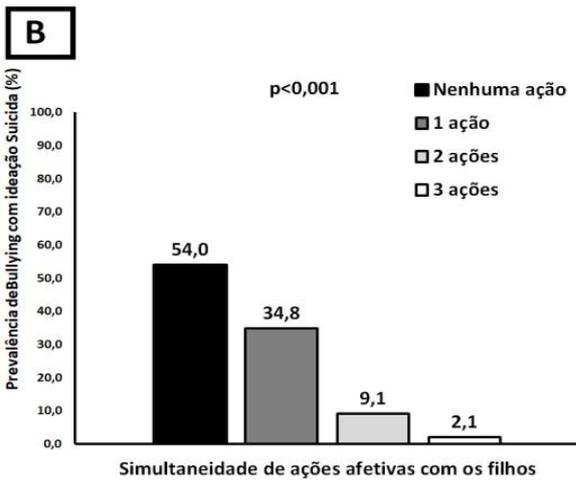
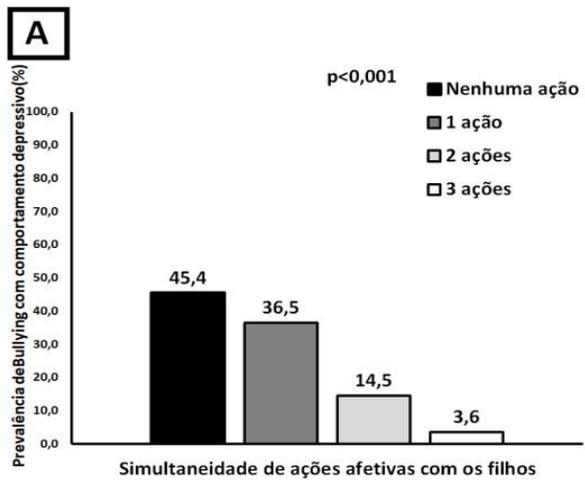
Fonte: O autor (2024).

Figura 2. Prevalências entre os comportamentos afetivos dos pais com seus filhos relacionados ao bullying e simultaneamente problemas relacionados à saúde mental (comportamentos depressivos [A], tiveram ideação suicida nos últimos 12 meses [B] e tiveram planejamento suicida nos últimos 12 meses [C]) em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública do Estado de Pernambuco.



Fonte: O autor (2024).

Figura 3. Prevalências e associação entre a simultaneidade entre os comportamentos afetivos dos pais com seus filhos (Os pais verificam as tarefas escolares dos seus filhos, entendem os seus problemas e preocupações e sabem o que os filhos fazem no tempo livre) e problemas relacionados à saúde mental (comportamentos depressivos [A], tiveram ideação suicida nos últimos 12 meses [B] e tiveram planejamento suicida nos últimos 12 meses [C]) em adolescentes estudantes do ensino médio da rede pública do Estado de Pernambuco.



Fonte: O autor (2024).

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA:

[European Journal of Pediatrics](#)

APÊNDICE A – CARTA DE ANUÊNCIA



SECRETARIA DE EDUCAÇÃO DE PERNAMBUCO

CARTA DE ANUÊNCIA

Recife, 05 de julho de 2010

A Secretaria Executiva de Desenvolvimento da Educação, através da Gerência de Políticas Educacionais do Ensino Médio, autoriza a realização da pesquisa intitulada "PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E COMPORTAMENTO DE RISCO À SAÚDE EME STUDANTES DO ENSINO MÉDIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: ESTUDO DE TENDÊNCIA TEMPORAL (2006-2011)", sob a orientação do professor Mauro Gomes Virgílio de Barros, a ser desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco, com estudantes do ensino médio das escolas jurisdicionadas às 17 Gerências Regionais de Educação da rede estadual de ensino.

Ciente de que os objetivos e metodologia da pesquisa acima citada poderão contribuir com a melhoria e a qualidade social do ensino no estado de Pernambuco.


Aída Monteiro

Secretária Executiva de Desenvolvimento da Educação

Cantabius Lima
Gerência de Políticas Educacionais
25 Erasmo Maia
Mat. 255.112-9

SECRETARIA EXECUTIVA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO
GERÊNCIA DE POLÍTICAS EDUCACIONAIS DO ENSINO MÉDIO
Av. Afonso Olíndense, 1513 – Várzea – Bloco A – 1º andar
Fone: 3183-8649 CEP. 50.810-900

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa:

PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: ESTUDO DE TENDÊNCIA TEMPORAL (2006-2011)

Pesquisadores:

Prof. Dra. Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros

Justificativa dos objetivos

Como parte das suas atividades de pesquisa o Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco está realizando um estudo com objetivo de verificar a proporção de estudantes do ensino médio que estão expostos a fatores e comportamentos de risco à saúde, bem como reconhecer a extensão dos problemas e identificar os subgrupos populacionais expostos a maior risco de modo a subsidiar a construção de políticas e programas de atenção ao estudante do ensino médio.

Metodologia

Os dados serão coletados através de um questionário que será respondido por você e que não precisará ser identificado, aspecto que visa garantir o seu anonimato e o sigilo das informações fornecidas. Este instrumento foi construído mediante adaptação do *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), um questionário proposto e desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com a UNICEF e UNAIDS e a assistência técnica do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. O objetivo da OMS e de seus parceiros foi construir um instrumento que permitisse comparações dos dados obtidos em diferentes regiões e países. Além do preenchimento do questionário serão aferidas medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) e a pressão arterial em repouso.

Riscos e desconfortos

Os procedimentos utilizados neste protocolo de investigação não têm potencial para gerar desconforto e não há possibilidade de danos físicos.

Benefícios

Os resultados deste projeto contribuirão para a elaboração de uma campanha de saúde, incluindo orientação aos pais, professores das escolas e famílias. Os achados poderão subsidiar o planejamento de intervenções para promoção à saúde de estudantes do ensino médio do Estado de Pernambuco.

Direitos do sujeito pesquisado

1. Direito de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta;
2. Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si;
3. Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Dúvidas e esclarecimentos

Caso precise de qualquer informação sobre o projeto, necessite esclarecer dúvidas ou queira falar sobre a participação no projeto entre em contato com os pesquisadores envolvidos ou com o Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco pelo telefone [REDACTED]

Eu, _____,
abaixo assinado, tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados e, ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo toda documentação necessária, a divulgação e a publicação em periódicos, revistas, bem como apresentação em congressos, workshops e quaisquer eventos de caráter científico.

Local: Recife - PE

Data: ____/____/20____

Assinatura do Estudante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C – TERMO NEGATIVO DE CONSENTIMENTO

TERMO NEGATIVO DE CONSENTIMENTO

Título da pesquisa:

PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO: ESTUDO DE TENDÊNCIA TEMPORAL (2006-2011)

Pesquisadores:

Prof. Dra. Clara Maria Silvestre Monteiro de Freitas

Prof. Dr. Mauro Virgílio Gomes de Barros

Justificativa dos objetivos

Como parte das suas atividades de pesquisa o Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde da Universidade de Pernambuco está realizando um estudo com objetivo de verificar a proporção de estudantes do ensino médio que estão expostos a fatores e comportamentos de risco à saúde, bem como reconhecer a extensão dos problemas e identificar os subgrupos populacionais expostos a maior risco de modo a subsidiar a construção de políticas e programas de atenção ao estudante do ensino médio.

Metodologia

Os dados serão coletados através de um questionário que será respondido por você e que não precisará ser identificado, aspecto que visa garantir o seu anonimato e o sigilo das informações fornecidas. Este instrumento foi construído mediante adaptação do *Global School-based Student Health Survey* (GSHS), um questionário proposto e desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em colaboração com a UNICEF e UNAIDS e a assistência técnica do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos. O objetivo da OMS e de seus parceiros foi construir um instrumento que permitisse comparações dos dados obtidos em diferentes regiões e países. Além do preenchimento do questionário serão aferidas medidas antropométricas (peso, altura e circunferência da cintura) e a pressão arterial em repouso.

Riscos e desconfortos

Os procedimentos utilizados neste protocolo de investigação não têm potencial para gerar desconforto e não há possibilidade de danos físicos.

Benefícios

Os resultados deste projeto contribuirão para a elaboração de uma campanha de saúde, incluindo orientação aos pais, professores das escolas e famílias. Os achados poderão subsidiar o planejamento de intervenções para promoção à saúde de estudantes do ensino médio do Estado de Pernambuco.

Direitos do sujeito pesquisado

1. Direito de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta;
2. Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si;
3. Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Dúvidas e esclarecimentos

Caso precise de qualquer informação sobre o projeto, necessite esclarecer dúvidas ou queira falar sobre a participação no projeto entre em contato com os pesquisadores envolvidos ou com o Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco pelo telefone [REDACTED]

CASO NÃO CONCORDE COM A PARTICIPAÇÃO DO SEU(SUA) FILHO(A) no projeto, solicitamos preencher e devolver à escola este termo negativo de consentimento. Neste caso, informe o nome completo de seu(sua) filho(a) e o seu nome, assinatura e telefone para contato. Assinale, também, a opção que diz “não autorizo a participação do meu(minha) filho(a) no estudo”.

Se você AUTORIZA o seu(sua) filho(a) a participar do estudo você não precisa informar a sua decisão.

Nome do estudante (seu filho) _____

Nome do Responsável _____

Assinatura do Responsável _____

Telefone(s) de contato _____

NÃO AUTORIZO a participação do(a) meu(minha) filho(a) no estudo

APÊNDICE D – VERSÃO ADAPTADA DO GLOBAL SCHOOL-BASED STUDENT HEALTH SURVEY (GSHS)



PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS E COMPORTAMENTOS DE RISCO À SAÚDE EM
ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

- VERSÃO ADAPTADA DO GLOBAL STUDENT HEALTH SURVEY -

Apoio: CAPES/CNPq/FACEPE/Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco

ORIENTAÇÕES:

- ESTE QUESTIONÁRIO É SOBRE SEUS HÁBITOS E COSTUMES. AS SUAS RESPOSTAS DEVEM SE BASEAR NAQUILO QUE VOCÊ REALMENTE CONHECE, SENTE OU FAZ.
- EM TODO O ESTADO DE PERNAMBUCO, ESTUDANTES DE ESCOLAS DE ENSINO MÉDIO ESTARÃO RESPONDENDO ESTE QUESTIONÁRIO. AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR VOCÊ SERÃO UTILIZADAS PARA DESENVOLVER PROGRAMAS DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.
- LEMBRE-SE QUE A SUA PARTICIPAÇÃO NESTA PESQUISA É VOLUNTÁRIA.
- ATENÇÃO! NÃO ESCREVA O SEU NOME NESTE QUESTIONÁRIO, POIS AS INFORMAÇÕES FORNECIDAS POR VOCÊ SERÃO ANÔNIMAS E MANTIDAS EM SIGILO. NINGUÉM IRÁ SABER O QUE VOCÊ RESPONDEU, POR ISTO SEJA BASTANTE SINCERO NAS SUAS RESPOSTAS.
- POR FAVOR, LEIA COM ATENÇÃO TODAS AS QUESTÕES! LEMBRE-SE QUE NÃO HÁ RESPOSTAS "CERTAS" OU "ERRADAS", MAS SE VOCÊ ESTIVER INSEGURO SOBRE COMO RESPONDER NÃO DEIXE DE PERGUNTAR E PEDIR AJUDA AO APLICADOR.
- NÃO DEIXE QUESTÕES EM BRANCO (SEM RESPOSTA).

ATENÇÃO: PREENCHA O QUADRO ABAIXO CONFORME ORIENTAÇÕES DO APLICADOR

GRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Turno	<input type="checkbox"/>	Manhã	<input type="checkbox"/>	Tarde	<input type="checkbox"/>	Noite
Turma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	Integral



1

INFORMAÇÕES PESSOAIS

1. Qual o seu sexo?

- Masculino
 Feminino

2. Em que série (ano) você está?

- 1ª. série
 2ª. série
 3ª. série

3. Qual a sua idade, em anos?
- Menos de 14 anos
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20 anos ou mais
4. Qual o seu estado civil?
- Solteiro(a)
- Casado(a)/vivendo com parceiro(a)
- Outro
5. Você trabalha?
- Não trabalho
- Sim, até 20 horas semanais
- Sim, mais de 20 horas semanais
6. Você mora com o seu pai?
- Sim
- Não
7. Você mora com a sua mãe?
- Sim
- Não
8. A sua residência fica localizada na região/área:
- Urbana
- Rural
9. Você se considera:
- Branco(a)
- Preto(a)
- Pardo(a)
- Amarelo(a)
- Indígena(a)
10. Em que tipo de habitação você mora (reside)?
- Casa
- Apartamento
- Residência coletiva (alojamento, pensão, pensionato, etc.)
11. Marque a alternativa que melhor indica o nível de estudo da sua mãe.
- Minha mãe NUNCA estudou
- Minha mãe NÃO concluiu o 1º. grau
- Minha mãe concluiu o 1º. grau
- Minha mãe NÃO concluiu o 2º. grau
- Minha mãe concluiu o 2º. grau
- Minha mãe NÃO concluiu a faculdade
- Minha mãe concluiu a faculdade
- Não sei
12. Dentro da sua casa tem banheiro?
- Sim
- Não
13. Na sua casa tem geladeira?
- Sim
- Não
14. Na sua casa tem televisão?
- Sim
- Não
15. Na sua casa tem computador?
- Sim
- Não
16. Na sua casa tem computador conectado à internet?
- Sim
- Não
17. Na sua casa tem água encanada?
- Sim
- Não
18. Em geral, você considera que a sua saúde é:
- Excelente
- Boa
- Regular
- Ruim
19. Qual o nome da Cidade onde você mora:
- _____

2

ATIVIDADES FÍSICAS

- As questões seguintes são sobre atividades físicas. Atividade física é qualquer atividade que provoca um aumento nos seus batimentos cardíacos e na sua frequência respiratória. Atividade física pode ser realizada praticando esportes, fazendo exercícios, trabalhando, realizando tarefas domésticas, dançando, jogando bola com os amigos ou andando a pé ou de bicicleta.
- Para responder as questões seguintes considere o tempo que você gastou em todas as atividades que realizou.

20. Durante uma semana típica ou normal, em quantas aulas de Educação Física você participa?
- 0
- 1
- 2
- 3 ou mais
21. Você realiza, regularmente, algum tipo de atividade física no seu tempo livre, como exercícios, esportes, danças ou artes marciais?
- Sim
- Não
22. "Eu gosto de fazer atividades físicas"! O que você diria desta afirmação:
- Discordo totalmente
- Discordo em partes
- Nem concordo, nem discordo
- Concordo em parte
- Concordo totalmente
23. Considera-se fisicamente ativo o jovem que acumula pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas em 5 ou mais dias da semana. Em relação aos seus hábitos de prática de atividades físicas, você diria que:
- Sou fisicamente ativo há mais de 6 meses
- Sou fisicamente ativo há menos de 6 meses
- Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 30 dias
- Não sou, mas pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses
- Não sou, e não pretendo me tornar fisicamente ativo nos próximos 6 meses
24. Durante os últimos 7 dias, quantos dias você foi fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos por dia?
- 0 (nenhum dia)
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias
25. Durante uma semana típica ou normal, em quantos dias você é fisicamente ativo por um total de pelo menos 60 minutos ao dia?
- 0 (nenhum dia)
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias
26. Qual a atividade de lazer de sua preferência? (marcar apenas uma)
- Praticar esportes
- Fazer exercícios
- Nadar
- Pedalar
- Jogar dominó ou cartas
- Assistir TV
- Jogar videogame
- Usar o computador
- Conversar com os amigos
- Outras atividades

- As questões seguintes são sobre o modo como você se desloca para ir de casa para escola e da escola para casa.

27. Como você normalmente se desloca para ir para escola?

- À pé
 De bicicleta
 De carro
 De moto
 De ônibus

28. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias você andou a pé ou de bicicleta para IR E VOLTAR da escola?

- 0 (nenhum dia)
 1 dia
 2 dias
 3 dias
 4 dias
 5 dias
 6 dias
 7 dias

29. Durante os últimos 7 dias, em média, quanto tempo por dia você gastou para ir de casa para escola e voltar até a sua casa (some o tempo que você leva para ir e para voltar)?

- Menos de 10 minutos por dia
 11 a 20 minutos por dia
 21 a 30 minutos por dia
 31 a 40 minutos por dia
 41 a 50 minutos por dia
 51 a 60 minutos por dia
 Mais de 60 minutos por dia

- As questões seguintes são sobre o tempo que você fica sentado quando não está na escola ou trabalhando.

30. Em um dia típico (normal), quanto tempo você gasta sentado, assistindo televisão, jogando no computador, conversando com amigos, jogando cartas ou dominó?

- Menos de 1 hora por dia
 1 a 2 horas por dia
 3 a 4 horas por dia
 5 a 6 horas por dia
 7 a 8 horas por dia
 Mais de 8 horas por dia

- Agora pense separadamente no tempo que você gasta nestas atividades em dias de semana e do final de semana.

31. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você assiste TV?

- Eu não assisto TV em dias de semana
 Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 ou mais horas por dia

32. Nos finais de semana (sábado e domingo), quantas horas por dia você assiste TV?

- Eu não assisto TV em dias de final de semana
 Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 ou mais horas por dia

33. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quantas horas por dia você usa computador e/ou joga videogame?

- Eu não uso computador e não jogo videogame em dias de semana
 Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 horas por dia ou mais

34. Nos dias de final de semana (sábado e domingo), quantas horas por dia você usa computador e/ou joga videogame?

- Eu não uso computador e não jogo videogame em dias de final de semana
 Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 horas por dia ou mais

35. Nos dias de aula (segunda a sexta-feira), quanto tempo você gasta sentado, conversando com amigos, jogando cartas ou dominó, falando ao telefone, dirigindo ou como passageiro, lendo ou estudando (não considerar o tempo assistindo TV e usando computador)?

- Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 horas por dia ou mais

36. Nos dias de final de semana (sábado e domingo), quanto tempo você gasta sentado, conversando com amigos, jogando cartas ou dominó, falando ao telefone, dirigindo ou como passageiro, lendo ou estudando (não considerar o tempo assistindo TV e usando computador)?

- Menos de 1 hora por dia
 1 hora por dia
 2 horas por dia
 3 horas por dia
 4 horas por dia ou mais

3

CONSUMO DE ÁLCOOL E USO DE OUTRAS DROGAS

- As questões seguintes perguntam sobre ingestão de bebidas alcoólicas.
- Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho, uma dose de uísque, vodka, rum, cachaça, etc.
- Beber álcool não inclui beber poucos goles de vinho por motivos religiosos.

37. Quantos anos você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

- Nunca consumi bebidas alcoólicas
 Eu tinha 7 anos ou menos
 8 a 9 anos
 10 a 11 anos
 12 a 13 anos
 14 a 15 anos
 16 a 17 anos
 18 anos ou mais

38. Nos últimos 30 dias, em quantos dias você consumiu pelo menos uma dose de bebida contendo álcool?

- Não consumi bebidas alcoólicas
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 a 19 dias
 20 a 29 dias
 Todos os 30 dias

39. Nos últimos 30 dias, nos dias em que você consumiu bebida alcoólica, quantas doses você usualmente bebeu por dia?

- Eu não consumi bebida alcoólica
 Menos do que 1 dose
 1 dose
 2 doses
 3 doses
 4 doses
 5 doses ou mais

40. Nos últimos 30 dias, como você conseguiu a bebida alcoólica que você consumiu?

- Eu não consumi bebidas alcoólicas
 Eu comprei em um bar, restaurante ou supermercado
 Eu comprei de um vendedor de rua
 Eu dei dinheiro para alguém comprar
 Eu consegui com meus amigos
 Eu consegui com meus familiares
 Eu peguei sem permissão
 Eu consegui de alguma outra forma

41. Durante a sua vida, quantas vezes você bebeu tanto que ficou embriagado (bêbado)?

- Nenhuma vez
 1 a 2 vezes
 3 a 9 vezes
 10 vezes ou mais

42. Durante a sua vida, quantas vezes você teve ressaca, se sentiu doente, teve problemas com sua família ou amigos, faltou à escola ou se envolveu em brigas devido à ingestão de bebidas alcoólicas?

- Nenhuma vez
 1 a 2 vezes
 3 a 9 vezes
 10 vezes ou mais

43. Durante a sua vida, quantas vezes você utilizou drogas, tais como: loló, cola de sapateiro, lança perfume, maconha, crack, cocaína ou outras (não considerar cigarro ou bebida alcoólica)?

- Nenhuma vez
 1 a 2 vezes
 3 a 9 vezes
 10 vezes ou mais

44. **4** Nos anos você tinha quando usou drogas primeira vez?

- Nunca usei drogas
 Eu tinha 7 anos ou menos
 8 a 9 anos
 10 a 11 anos
 12 a 13 anos
 14 a 15 anos
 16 a 17 anos
 18 anos ou mais

45. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você utilizou drogas?

- Não usei drogas
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 a 19 dias
 20 a 29 dias
 Todos os 30 dias

46. Durante os últimos 30 dias, como você conseguiu a droga que você usou?

- Eu não uso drogas
 Eu comprei de alguém
 Eu dei dinheiro para alguém comprar
 Eu consegui com meus amigos
 Eu consegui com meus familiares
 Eu peguei sem permissão
 Eu consegui de alguma outra forma

HÁBITOS ALIMENTARES

• As questões seguintes são sobre a frequência com que você consome alguns alimentos.

47. Nos últimos 30 dias, quantas vezes, por dia, você comeu frutas, tais como banana, laranja, abacaxi, goiaba ou outras?

- Eu não comi frutas nos últimos 30 dias
 Menos de 1 vez por dia
 1 vez por dia
 2 vezes por dia
 3 vezes por dia
 4 vezes por dia
 5 vezes por dia ou mais

48. Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você tomou suco natural de frutas?

- Eu não tomei suco natural de frutas
 Menos de 1 vez por dia
 1 vez por dia
 2 vezes por dia
 3 vezes por dia
 4 vezes por dia
 5 vezes por dia ou mais

49. Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você comeu verduras e hortaliças, tais como alface, cebola, tomate, pimentão, cenoura, beterraba, jerimum e outras?

- Eu não comi verduras e hortaliças nos últimos 30 dias
- Menos de 1 vez por dia
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 vezes por dia
- 5 vezes por dia ou mais

50. Em quantos dias de uma semana normal você come frutas ou toma sucos naturais de frutas?

- 0 (nenhum dia)
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias

7 dias

51. Em quantos dias de uma semana normal você come verduras (saladas verdes, tomate, cenoura, chuchu, abóbora, couve-flor, etc.)?

- 0 (nenhum dia)
- 1 dia
- 2 dias
- 3 dias
- 4 dias
- 5 dias
- 6 dias
- 7 dias

52. Nos últimos 30 dias, quantas vezes você sentiu fome porque não tinha comida suficiente na sua casa?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

HIGIENE

As questões seguintes são sobre hábitos de higiene como escovar os dentes e lavar as mãos.

53. Nos últimos 30 dias, quantas vezes por dia você escovou os dentes?

- Eu não escovei meus dentes nos últimos 30 dias
- Menos de 1 vez por dia
- 1 vez por dia
- 2 vezes por dia
- 3 vezes por dia
- 4 ou mais vezes por dia

54. Nos últimos 30 dias, com que frequência você lavou as mãos antes de comer?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

55. Nos últimos 30 dias, com que frequência você lavou as mãos depois de usar o banheiro?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

56. Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou sabonete ou sabão para lavar as suas mãos?

- Nunca
- Raramente
- Algumas vezes
- A maioria das vezes
- Sempre

6

SENTIMENTOS E RELACIONAMENTOS

- As questões seguintes são sobre os seus sentimentos e sobre a qualidade dos seus relacionamentos.

57. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você se sentiu sozinho(a)?

- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre

58. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você esteve tão preocupado(a) com alguma coisa que não conseguiu dormir à noite?

- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre

59. Durante os últimos 12 meses, você se sentiu "muito triste" ou "sem esperança", quase todos os dias, durante duas semanas ou mais seguidas, a ponto de você ter que parar de fazer suas atividades normais?

- Sim
 Não

60. Durante os últimos 12 meses, você já pensou seriamente em tentar suicídio?

- Sim
 Não

61. Durante os últimos 12 meses, você fez planos sobre como tentaria se suicidar?

- Sim
 Não

62. Quantos amigos próximos você tem? (amigos próximos são pessoas com quem você pode contar se precisar)

- 0 (nenhum)
 1
 2
 3 ou mais

- As questões seguintes são sobre o seu sono e sua religiosidade.

63. Qual a sua religião?

- Não tenho religião
 Católica
 Evangélica
 Espírita
 Outra

64. Você se considera praticante da sua religião?

- Sim
 Não

65. Com que frequência você considera que DORME BEM?

- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre

66. Como você avalia a qualidade do seu sono?

- Ruim
 Regular
 Boa
 Muito boa
 Excelente

67. Em dias de uma semana normal, em média, quantas horas você dorme por dia?

- Menos de 6 horas
 6 horas
 7 horas
 8 horas
 9 horas
 10 horas ou mais

68. Em dias de um final de semana normal, em média, quantas horas você dorme por dia?

- Menos de 6 horas
 6 horas
 7 horas
 8 horas
 9 horas
 10 horas ou mais

7

SEUS COMPORTAMENTOS NA ESCOLA E EM CASA

- As questões seguintes são sobre suas experiências na escola e em casa.

69. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você perdeu aula ou deixou de ir à escola sem permissão?
- 0 dia
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 ou mais dias
70. Durante os últimos 30 dias, com que frequência você percebeu que a maioria dos estudantes da sua escola estavam sendo gentis e colaboradores?
- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre
71. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis verificaram se as suas tarefas escolares estavam feitas?
- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre
72. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis entenderam seus problemas e preocupações?
- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre
73. Durante os últimos 30 dias, com que frequência seus pais ou responsáveis realmente sabiam o que você estava fazendo no seu tempo livre?
- Nunca
 Raramente
 Algumas vezes
 A maioria das vezes
 Sempre
74. De uma maneira geral, você gosta do tempo que passa na escola?
- Sim
 Não
75. De uma maneira geral, seus colegas são simpáticos e prestativos?
- Sim
 Não
76. Em geral, como você avalia o grupo de professores e administradores da sua escola?
- Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
77. Sua escola oferece aulas de Educação Física?
- Sim, no período de aulas
 Sim, no contraturno do período de aulas
 Não
78. Que espaços físicos para a prática de esportes e Educação Física existem na sua escola? [pode marcar mais de uma opção]
- Campo/campinho
 Ginásio ou quadra coberta
 Quadra de esportes sem cobertura
 Piscina
 Sala multiuso (dança, lutas e ginástica)
 Salão de jogos
 Outros
79. De uma maneira geral, os espaços físicos existentes em sua escola estão em que condição?
- Excelente
 Boa
 Regular
 Ruim
80. Sua escola oferece a prática de atividades esportivas aos estudantes do ensino médio?
- Sim
 Não

- As questões seguintes são sobre relação sexual [isso inclui relação vaginal - quando um homem coloca o pênis na vagina de uma mulher; e, relação anal - quando um homem coloca o pênis no ânus de sua (seu) parceira(o)].

81. Você já teve relação sexual?

- Sim
 Não

82. Quantos anos você tinha quando teve a primeira relação sexual?

- Eu nunca tive relação sexual
 11 anos ou menos
 12 anos
 13 anos
 14 anos
 15 anos
 16 anos ou mais

83. Durante os últimos 12 meses, você teve relações sexuais?

- Sim
 Não

84. Na última vez que você teve relação sexual, você ou seu(sua) parceiro(a) usou preservativo?

- Eu nunca tive relação sexual
 Sim
 Não

85. Durante a sua vida, com quantas pessoas você já teve relação sexual?

- Eu nunca tive relação sexual
 1 pessoa
 2 pessoas
 3 pessoas
 4 pessoas
 5 pessoas
 6 pessoas ou mais

9

TABAGISMO

- As questões seguintes são sobre o uso de cigarros ou outro tipo de tabaco.

86. Quantos anos você tinha quando experimentou cigarro pela primeira vez?

- Eu nunca fumei cigarros
 7 anos ou menos
 8 ou 9 anos
 10 ou 11 anos
 12 ou 13 anos
 14 ou 15 anos
 16 anos ou mais velho

87. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você fumou cigarros?

- 0 (nenhum dia)
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 a 19 dias
 20 a 29 dias
 Todos os 30 dias

88. Durante os últimos 30 dias, em quantos dias você usou qualquer outra forma de tabaco,

tais como charuto, cachimbo, cigarro de palha, ou de fumo de rolo?

- 0 (nenhum dia)
 1 ou 2 dias
 3 a 5 dias
 6 a 9 dias
 10 a 19 dias
 20 a 29 dias
 Todos os 30 dias

89. Durante os últimos 12 meses, você já tentou parar de fumar cigarros?

- Eu nunca fumei cigarros
 Eu não fumei cigarro durante os últimos 12 meses
 Sim
 Não

90. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias alguém fumou na sua presença?

- 0 (nenhum dia)
 1 ou 2 dias

- 3 ou 4 dias
 5 ou 6 dias
 Todos os 7 dias

91. Qual dos seus pais ou responsáveis usam alguma forma de tabaco?

- Nenhum
 Pai ou responsável do sexo masculino
 Mãe ou responsável do sexo feminino
 Os dois
 Eu não sei

10

VIOLÊNCIA

- As próximas questões são sobre violência física. Violência física é quando uma ou mais pessoas batem em alguém ou quando uma ou mais pessoas machucam outra pessoa com arma (pau, faca ou revólver). Não é considerada violência física quando dois estudantes de mesma força decidem brigar entre si.

92. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você sofreu algum tipo de violência física?

- Nenhuma vez
 1 vez
 2 ou 3 vezes
 4 ou 5 vezes
 6 ou 7 vezes
 8 ou 9 vezes
 10 ou 11 vezes
 12 vezes ou mais

- A próxima questão é sobre brigas. Uma briga acontece quando dois ou mais estudantes com mais ou menos a mesma força decidem lutar entre si.

93. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você esteve envolvido numa briga?

- Nenhuma vez
 1 vez
 2 ou 3 vezes
 4 ou 5 vezes
 6 ou 7 vezes
 8 ou 9 vezes
 10 ou 11 vezes
 12 vezes ou mais

- As próximas questões perguntam sobre o dano mais grave que aconteceu com você nos últimos 12 meses. Um dano grave é aquele que faz você perder no mínimo um dia inteiro de suas atividades diárias ou requer tratamento com médico ou enfermeira.

94. Durante os últimos 12 meses, **o que você fazia** quando sofreu um dano grave?

- Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
 Jogando ou treinando para um esporte
 Andando ou correndo, mas não era parte de um jogo ou treino para um esporte
 Andando de bicicleta, a pé ou em outra específica forma de transporte não-motorizado
 Como passageiro ou dirigindo um carro ou outro veículo a motor
 Fazendo um trabalho (remunerado ou não), inclusive tarefas domésticas como cuidando do jardim ou cozinhando
 Nada
 Alguma outra coisa

95. Durante os últimos 12 meses, **qual foi a principal causa** do dano que você sofreu?

- Eu não sofri nenhum machucado durante os últimos 12 meses
 Eu estava em um acidente com veículo a motor ou fui atropelado por um veículo a motor
 Eu caí
 Alguma coisa caiu em mim ou bateu em mim
 Eu estava brigando com alguém
 Eu fui atacado, agredido ou abusado por alguém
 Eu estava em um incêndio, "queimada", muito perto de chama ou alguma coisa quente
 Alguma outra coisa causou-me ferimento

96. Durante os últimos 12 meses, **como foi que ocorreu** o dano mais sério com você?

- Eu não sofri nenhum machucado durante

- os últimos 12 meses
- Eu me machuquei por acidente
- Alguém me machucou por acidente
- Eu me machuquei de propósito
- Alguém me machucou de propósito

97. Durante os últimos 12 meses, qual foi o dano mais sério ocorrido com você?

- Eu não sofri nenhum machucado ou dano durante os últimos 12 meses
- Eu tive um osso quebrado ou uma articulação deslocada
- Eu sofri um corte ou uma perfuração
- Eu levei uma pancada forte ou outro dano na cabeça ou pescoço, ou estive desmaiado, ou não pude respirar.
- Eu tive um ferimento de tiro
- Eu tive uma queimadura séria
- Eu perdi todo ou parte do meu pé, perna, mão ou braço
- Alguma outra coisa aconteceu comigo

diz ou faz coisas ruins ou desagradáveis para outro estudante. Também é considerado bullying quando um estudante é humilhado ou quando ele é isolado propositalmente. Não é bullying quando dois estudantes que têm aproximadamente a mesma força ou resistência discutem ou brigam.

98. Durante os últimos 30 dias, de que maneira você geralmente sofreu bullying?

- Eu não sofri bullying nos últimos 30 dias
- Eu fui atacado, chutado, empurrado ou trancado em algum lugar contra a minha vontade
- Eu fui ridicularizado por causa da cor da minha pele
- Eu fui ridicularizado por causa da minha religião
- Eu fui ridicularizado com brincadeiras, comentários ou gestos sexuais
- Eu fui isolado, deixado de fora de atividades ou completamente ignorado
- Eu fui ridicularizado por causa da aparência do meu corpo ou do meu rosto
- Eu sofri alguma outra forma de bullying

- A próxima pergunta é sobre "bullying".
O bullying ocorre quando um estudante

11

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Durante os últimos 12 meses, a sua pressão arterial foi aferida (medida) pelo menos uma vez?

- Sim
- Não

100. Em que local a sua pressão arterial foi medida (aferida)?

- Numa consulta médica
- No posto de saúde
- Na escola
- Na farmácia
- Na academia de ginástica
- Em algum outro lugar ou ocasião

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

SIGA AGORA PARA A SALA DE MEDIDAS, LEVANDO COM VOCÊ ESTE QUESTIONÁRIO.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS E DA PRESSÃO ARTERIAL

Medida	1°	2°	3°	Final
Massa (kg)	_____	_____	_____	_____
Estatura (cm)	_____	_____	_____	_____
C. cintura (cm)	_____	_____	_____	_____

Medida	1°	2°	3°	Final
PAS (mmHg)	_____	_____	_____	_____
PAD (mmHg)	_____	_____	_____	_____