



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA FRANCISCA NOGUEIRA OLIVEIRA

***O Papel da Vergonha na Relação entre a Vitimização por Bullying e os  
Comportamentos Autolesivos na Adolescência***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:  
PROFESSORA DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA  
DOUTORA TERESA MARGARIDA DA LUZ CARTAXO

FEVEREIRO/2021

## **O Papel da Vergonha na Relação entre a Vitimização por *Bullying* e os Comportamentos Autolesivos na Adolescência**

MARIANA FRANCISCA NOGUEIRA OLIVEIRA<sup>1</sup>

PROFESSORA DOUTORA MARIA DEL CARMEN BENTO TEIXEIRA<sup>2</sup>

DOUTORA TERESA MARGARIDA DA LUZ CARTAXO<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Pediatria, Hospital Pediátrico Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

<sup>3</sup> Serviço de Pedopsiquiatria, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Clínica Universitária de Pediatria, Hospital Pediátrico de Coimbra - Av. Afonso Romão 3000 - 602 Coimbra, Portugal

Endereço de correio eletrónico: [marianafranciscaoliveira97@gmail.com](mailto:marianafranciscaoliveira97@gmail.com)

**Partes deste trabalho, foram submetidas para apresentação no EPA Virtual 2021 – 21th European Congress of Psychiatric, que decorrerá de 10 a 13 de abril de 2021 (Anexo I).**

## ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS .....	5
RESUMO.....	6
Palavras-chave .....	6
INTRODUÇÃO .....	8
MATERIAIS E MÉTODOS.....	10
Desenho do Estudo .....	10
Seleção dos Participantes.....	10
Recolha de Dados .....	12
Análise Estatística dos Dados.....	13
RESULTADOS .....	14
Prevalência da Vitimização por <i>Bullying</i> ( <i>Bullying victimization – BV</i> ) .....	14
Prevalência da Vitimização por <i>Bullying</i> , Vergonha e Comportamentos Autolesivos por Sexo.....	14
Relação entre a Vitimização por <i>Bullying</i> , Vergonha e Comportamentos Autolesivos por Sexo .....	16
Papel mediador da Vergonha na relação entre a Vitimização por <i>Bullying</i> e os Comportamentos Autolesivos .....	17
DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....	19
AGRADECIMENTOS .....	23
REFERÊNCIAS .....	24
ANEXOS.....	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

**BV** – *Bullying Victimization* (Vitimização por *Bullying*)

**CAL** – Comportamentos Autolesivos

**DP** – Desvio-padrão

**M** – Média

**NS** – Não significativo

**VE** – Vergonha

## RESUMO

**Introdução:** O *bullying* representa um importante problema de saúde pública, durante a infância/adolescência, que exige tempo e atenção coordenada pelos profissionais de saúde e famílias.

Pode ser definido como uma forma multifacetada de maus-tratos, caracterizada pela exposição repetida de uma pessoa a agressões físicas e/ou emocionais, que acaba por desencadear sentimentos de inutilidade, inadequação e vergonha.

A vergonha pode ter origem em pensamentos e sentimentos acerca do eu e de como existimos na mente dos outros, associada a percepções errôneas de que os outros irão julgar o “eu”, levando a autocrítica e autoavaliação negativas.

A vergonha pode promover a autocrítica e autoavaliações negativas. Esta emoção tem sido associada a comportamentos desadequados, que podem ir desde a automutilação à tentativa de suicídio, ou mesmo ao suicídio.

**Objetivos:** Avaliar, numa amostra de adolescentes, o papel da vergonha enquanto mediador relevante na relação entre a vitimização por *bullying* e os comportamentos autolesivos.

**Material e métodos:** Estudo observacional, correlacional e transversal, com uma amostra de 346 adolescentes (58.4 % raparigas) entre os 14-18 anos, que frequentavam escolas públicas e privadas de Coimbra, e que responderam ao Questionário de Impulso, AutoDano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A), Questionário de *Bullying* e à Escala de Vergonha Externa para Adolescentes, versão breve (EVEA-B).

A análise estatística foi realizada através do SPSS, versão 26, e da macro PROCESS.

**Resultados:** A prevalência de vitimização por *bullying* foi de 26.1%. Foram encontradas diferenças médias estatisticamente significativas relativamente ao sexo ( $p < 0.05$ ) no Questionário de *Bullying*, nas dimensões Autolesão e Ideação Suicida do QIAIS-A e na EVEA-B. No sexo feminino, a vitimização por *bullying* correlacionou-se com a vergonha e com a ideação suicida. Também nas raparigas, a análise de mediação mostrou que a vergonha mediou parcialmente a relação entre o *bullying* e a ideação suicida ( $p < .001$ ). No sexo masculino, não foram obtidos resultados estatisticamente significativos.

**Discussão:** Os resultados corroboram que as raparigas exibem valores consideravelmente mais elevados de vergonha externa que os rapazes e que a mesma é um catalisador e um propulsor de comportamentos autolesivos em adolescentes do sexo feminino que foram vítimas de *bullying*.

**Conclusão:** Sendo o *bullying* um problema global na adolescência, é fundamental atuar atempadamente.

Compreender que a vergonha tem um papel fulcral na relação entre a vitimização por *bullying* e os comportamentos autolesivos poderá auxiliar na prevenção e intervenção, diminuindo, dessa forma, o risco de desenvolvimento de psicopatologia.

**Palavras-chave:** *Bullying*; Vergonha; Comportamentos Autolesivos; Adolescentes; Ideação Suicida.

## ABSTRACT

**Introduction:** Bullying constitutes an important public health problem during childhood/adolescence which requires time and attention by health professionals and families.

Bullying victimization is characterized by a person's repeated exposure to physical and/or emotional aggression, which eventually triggers feelings of uselessness, sense of inadequacy and shame.

Shame can promote self-criticism and negative self-evaluations. This emotion has been associated with inappropriate behavior, which can range from self-mutilation to attempted suicide, or even suicide.

**Objectives:** To assess, in a sample of teenagers, the role of shame as a mediator in the relationship between bullying victimization and self-harm behaviors.

**Material and methods:** 346 adolescents (58.4% girls), aged  $15.32 \pm 1.193$  from public and private schools (9<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> grades) in Coimbra, answered the validated Portuguese versions of the *Bullying* Questionnaire, the Other as Shame Scale for Adolescents and the Self-Harm and Suicidal Ideation Questionnaire. For data analysis the SPSS 26 and Macro Process (Hayes 2020) was used.

**Results:** The prevalence of bullying victimization was 26.1%. Girls and boys significantly differ in Bullying Victimization, Self-Harm, Suicidal Ideation and Shame mean scores (all  $p < .05$ ). In females, bullying victimization correlated with shame and suicidal ideation. Also, in females, the mediation analysis showed that shame partially mediated the relationship between bullying and suicidal ideation ( $p < .001$ ). In males, no statistically significant results were obtained.

**Discussion:** The results corroborate that females exhibit higher values of shame than males. External shame can be considered as a risk factor for self-harm behaviors in adolescent girls victims of bullying.

**Conclusion:** Knowing that bullying is a global problem in adolescence it is essential to act in time.

Understanding that shame has a key role in the relationship between bullying and self-harm behaviors can help in prevention and intervention, thereby reducing the risk of developing psychopathology.

**Keywords:** Bullying; Shame; Self-Harm Behavior; Adolescents; Suicidal Ideation.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o *bullying* representa um importante problema de saúde pública, sobretudo durante a infância/adolescência, que exige tempo e atenção coordenada, não só pela parte dos profissionais de saúde, mas também da família<sup>1</sup>. Podemos definir o *bullying* como sendo uma forma multifacetada de maus-tratos, caracterizada pela exposição repetida de uma pessoa a agressões físicas e/ou emocionais<sup>1</sup>, que acaba por desencadear sentimentos de inutilidade, inadequação e vergonha; sendo um fenómeno que ocorre em diferentes culturas, géneros, idades e raças<sup>2</sup>. A vitimização por *bullying* é um tema de preocupação para crianças e jovens, família e cuidadores, professores e outros funcionários escolares e para profissionais de saúde, uma vez que as vítimas acabam por mostrar variados sinais de sofrimento emocional e dificuldades nas tarefas normativas da adolescência (individuais, sociais, familiares), que podem conduzir a graves consequências psicológicas<sup>3</sup>.

A vergonha pode surgir tanto de pensamentos e sentimentos acerca do eu e de como existimos na mente dos outros (associado a perceções e expectativas de que os outros nos irão julgar) - vergonha externa; como também pode advir de autoavaliações e autocríticas em que o “eu” é percecionado de forma negativa - vergonha interna. Esta emoção complexa tem sido associada a estados emocionais negativos e a perturbações psicológicas<sup>4,5</sup>.

Uma hipótese plausível é a de que a vergonha possa estar interligada com o processo de vitimização. Isto porque, após a realização de múltiplos estudos empíricos, se verificou que a vergonha é uma resposta comum à violência interpessoal e a fenómenos altamente estigmatizantes, neste caso o *bullying*. A sensação de perda de dignidade ou de falta de valor pessoal, humilhação, rebaixamento (vergonha) podem suscitar uma série de episódios traumáticos e também estão incluídos no conjunto de sintomas necessários para o diagnóstico de PTSD (*Post-traumatic stress disorder*) na quinta edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 2013*)<sup>6</sup>.

É reconhecido que o *bullying* (vitimização e/ou agressão) é um fator de risco *major* para o desenvolvimento de problemas de saúde mental decorrentes da diminuição da autoestima, que, por sua vez, gera “auto-estigma” e que pode culminar em sentimentos de culpa, isolamento e até mesmo comportamentos autolesivos e ideação suicida<sup>7</sup>.

Os comportamentos autolesivos podem ser vistos como um amplo espectro de condutas, que se caracterizam por diferentes níveis de intenção de suicídio e uma variedade de motivos<sup>7</sup>.

O suicídio e os comportamentos autolesivos (também denominados por comportamentos suicidários, para-suicidários, autodestrutivos ou violência autodirigida) estão indissociavelmente relacionados, sendo difícil abordá-los em separado<sup>8,9</sup>.



Numa revisão da literatura, realizada em Portugal no ano de 2013 por Carvalho, Peixoto, Saraiva, Sampaio, Amaro e Santos, os termos a serem usados foram: “comportamentos autolesivos” (comportamentos sem intencionalidade suicida, que envolvem atos como o corte da pele, ingestão em doses elevadas de fármacos e estupefacientes ou de objetos não ingeríveis) e “atos suicidas” (tentativas de suicídio e suicídio consumado)<sup>9</sup>. Esta nomenclatura é também utilizada pela Direção-Geral da Saúde<sup>10</sup>, que propõe uma distinção entre “comportamentos autolesivos” (mutilações, saltar a partir de locais elevados, ingestão em doses excessivas de fármacos e substâncias psicoativas) e “atos suicidas” (tentativas de suicídio e suicídio consumado).

Apesar do sofrimento psicológico, após a experiência de vitimização por *bullying* na infância e/ou na pré-adolescência, já ter sido bem documentada até aos dias de hoje, o mesmo não acontece relativamente ao papel de fatores mediadores associados a esse impacto. E é, neste contexto, que se percebe a importância de estudos detalhados sobre o sentimento de inadequação social e suas vertentes, especificamente a vergonha externa<sup>6</sup>.

Internacionalmente, foram feitos alguns estudos semelhantes àquele que propomos fazer, englobando os mesmos tópicos (vergonha, *bullying* e CAL) que revelaram existir uma relação entre o *bullying*, a vergonha e os CAL<sup>6,11</sup>.

Já a nível nacional, foram realizados estudos que abordaram as mesmas temáticas que o nosso estudo atual, mas sem estabelecer uma relação direta entre elas. Na tese “As Emoções e Funções dos Comportamentos Autolesivos na Adolescência”, a autora foca-se na relação que certas emoções (como é o caso da vergonha) podem ter com o aparecimento de CAL, sem incluir o eventual papel do *bullying*<sup>12</sup>.

Existe, ainda, um estudo de revisão da literatura com alguma similitude com o nosso: “Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida Nos Jovens”, que foca o papel do *bullying* nos CAL. Embora nele seja identificado o papel da vergonha, esta é focada apenas como um dos muitos fatores de risco que podem contribuir para a perturbação do estado mental<sup>13</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo investigar, numa amostra de adolescentes portugueses, a relação entre vitimização por *bullying*, a vergonha e os CAL. Pretende-se, ainda, testar se a vergonha poderá ser um mediador da relação entre a vitimização por *bullying* (BV) e os CAL na adolescência.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Desenho do Estudo**

Este estudo transversal, observacional e correlacional encontra-se integrado no Projeto “Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar”, que foi aprovado pela Comissão de Ética do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Anexo II), pela Comissão Nacional de Dados, pela Direção Geral de Educação e pela Direção das Escolas envolvidas. O financiamento foi conseguido por parte da DGS (Direção Geral de Saúde) no ano de 2015.

Este estudo ocorreu no ano letivo 2016/2017, onde foi realizado um levantamento de base populacional que pretendia avaliar um conjunto de dados (individuais e sociodemográficos), tais como hábitos de vida e estado de saúde mental e física, baseados nas atitudes sociais e no comportamento dos participantes em questão.

### **Seleção dos Participantes**

A escolha das escolas foi aleatória. Após a autorização da Direção de cada escola e da obtenção do consentimento informado dos encarregados de educação, foram considerados válidos 772 questionários da amostra inicialmente desejada de 1000 alunos.

Embora tenham feito parte do projeto inicial adolescentes entre os 10 e 18 anos (alunos desde o 5º ao 12º anos de escolaridade), cujos encarregados autorizaram a sua participação e que aceitaram responder ao questionário, para este estudo, em concreto, foram selecionados para amostra apenas os dados de alunos cuja idade se encontrava entre os 14 e os 18 anos, uma vez que um dos questionários utilizados neste trabalho, especificamente o “Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)”, apenas pode ser respondido por indivíduos com idade igual ou superior a 14 anos.

Deste modo, utilizámos os dados de 346 alunos (com idade entre 14 e 18 anos) –  $M=15.32$  e  $DP=1.193$  – a frequentar desde o 9º ao 12º anos de escolaridade em seis escolas distintas (cinco públicas e uma privada) do ensino básico (2º e 3º ciclos) e secundário do concelho de Coimbra. Estão incluídos na amostra 28 repetentes a frequentarem anos letivos inferiores.

Dos 346 alunos selecionados, 201 (58.4%) eram do sexo feminino e 143 (41.6%) do sexo masculino (dois adolescentes não especificaram o sexo). Dentro de cada uma das escolas, a totalidade de alunos elegíveis variou entre 8 e 104 alunos. Da amostra total dos 346 alunos, ficámos a saber que 333 (96.8%) tinham acesso à Internet em suas casas e que 338 (98.0%) tinham acesso a computador pessoal.

**Tabela I.** Distribuição da amostra por sexo.

<b>Sexo</b>	<b>Frequência Absoluta (N)</b>	<b>Percentagem Válida (%)</b>
<b>Feminino</b>	201	58.4
<b>Masculino</b>	143	41.6
<b>Não respondeu</b>	2	
<b>Total</b>	346	100.0

**Tabela II.** Distribuição da amostra por idade.

<b>Idade</b>	<b>Frequência Absoluta (N)</b>	<b>Percentagem Válida (%)</b>
<b>14 anos</b>	113	32.7
<b>15 anos</b>	90	26.0
<b>16 anos</b>	76	22.0
<b>17 anos</b>	53	15.3
<b>18 anos</b>	14	4.0
<b>Total</b>	346	100.0

**Tabela III.** Distribuição da amostra por ano escolar.

<b>Ano escolar</b>	<b>Frequência Absoluta (N)</b>	<b>Percentagem Válida (%)</b>
<b>6º ano*</b>	1	0.3
<b>7º ano*</b>	4	1.2
<b>8º ano*</b>	23	6.6
<b>9º ano</b>	96	27.7
<b>10º ano</b>	102	29.5
<b>11º ano</b>	71	20.5
<b>12º ano</b>	49	14.2
<b>Total</b>	346	100

**Legenda:** \*alunos repetentes

## **Recolha de Dados**

Após a receção do consentimento informado dos encarregados de educação dos adolescentes que aceitaram participar (Anexo III), os dados foram obtidos através do preenchimento de vários questionários de autorresposta em papel.

Para além de questões sociodemográficas, o protocolo continha as versões portuguesas do Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência - (QIAIS-A)<sup>14</sup>, o Questionário de *Bullying*<sup>15</sup> e a Escala de Vergonha Externa para Adolescentes, versão breve (EVEA-B) - *Other As Shamer for Adolescents (OASB-A)*<sup>16</sup>. (Anexo IV)

Não foi revelada a identidade de nenhum dos participantes, sendo a participação no estudo anónima.

## **Questionário de *Bullying* (*Bullying* Vitimization – BV)**

Trata-se de um questionário adaptado e validado por Bifulco et al., (2014) que inquiri sobre vitimização por *bullying*. Para além do número de anos ao longo dos quais o jovem sofreu de *bullying*, contém 12 questões sobre as diferentes formas de agressão sofridas: verbal, física, sexual e de exclusão e isolamento social. As questões que pretendem caracterizar melhor os episódios possuem respostas do tipo *Likert* com quatro opções, sendo elas: 1 – Não ocorria; 2 – Ocorria 1 a 2 vezes; 3 – Ocorria 2 a 3 vezes; 4 – Ocorria 1 vez por semana; 5 - Ocorria várias vezes por semana<sup>15</sup>. O  $\alpha$  de *Cronbach* na nossa amostra foi de .95, revelando excelentes qualidades psicométricas.

A variável Vitimização por *Bullying* (BV) foi classificada neste estudo como sendo uma variável nominal, atribuindo-se a resposta “sim” a todo e qualquer caso relatado de *bullying*, independentemente da gravidade, e a resposta “não” aos restantes casos.

## **Escala de Vergonha Externa para Adolescentes, versão breve (EVEA-B) - Other As Shamer for Adolescents (OASB-A)**

A escala de Vergonha Externa para Adolescentes, versão breve (EVEA-B), versão portuguesa da *OASB-A*, é constituída por 8 itens, que avaliam a vergonha externa (i.e, julgamentos globais de como as pessoas pensam que os outros as veem). Os adolescentes são incentivados a responderem acerca das suas experiências sociais, “na semana passada”, de múltiplos sintomas cognitivo-emocionais relacionados com a vergonha numa escala de resposta tipo *Likert* 0– Nunca ; 1- Quase nunca ; 2- Às vezes; 3- Muitas vezes; 4- Sempre<sup>16</sup>.

Tanto na versão original como na nossa amostra, a *OASB-A* apresentou consistência interna excelente ( $\alpha$  de *Cronbach* =.93).

### **Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)**

Este questionário permite avaliar o grau de impulsividade, a ocorrência de comportamentos de auto-dano e suas funções assim como a presença de ideação suicida em adolescentes<sup>14</sup>. É um questionário de auto-resposta constituído por 64 itens, distribuídos ao longo de quatro fatores: A - Impulso (16 itens), B - Auto-dano (14 itens), C - Funções (31 itens) e D - Ideação-suicida (3 itens). A escala de resposta é de tipo *Likert* (4 pontos) variando de “Nunca acontece comigo” (0) a “Acontece-me sempre” (3). O fator C – Funções é de resposta nominal. Devem ser invertidos os itens do módulo Impulso: 6, 9, 13 e 15. Quanto mais alta a pontuação num dado fator, maior será a atitude em relação a essa componente<sup>14</sup>.

A escala original revelou adequadas características psicométricas. A consistência interna total da escala foi de  $\alpha = .90$  e os alfas de *Cronbach* para os seus fatores foram: Impulso,  $\alpha = .77$ ; Auto-dano,  $\alpha = .88$ ; Funções,  $\alpha = .94$ ; Ideação suicida,  $\alpha = .82$ .

As características psicométricas desta escala na nossa amostra foram semelhantes às descritas anteriormente: Impulso,  $\alpha = .81$ ; Auto-dano,  $\alpha = .86$ , Funções,  $\alpha = .88$  e Ideação Suicida,  $\alpha = .79$ .

### **Análise Estatística dos Dados**

A análise estatística foi realizada através da utilização do software SPSS, versão 26, e da macro PROCESS. Através do mesmo, fomos capazes de elaborar estatísticas de carácter descritivo e testes inferenciais tanto de correlação, como de mediação. O primeiro teste que empregamos foi o Teste de *Shapiro-Wilk*, para tomar uma decisão a respeito da normalidade dos dados. Assim sendo, verificamos que, dentro dos vários grupos, os dados da nossa amostragem não seguiam uma distribuição normal. Por conseguinte, decidimos recorrer a um tipo de teste não paramétrico, mais concretamente ao teste de *U de Mann-Whitney* para amostras independentes, com a finalidade de apurar a existência de diferenças estatisticamente significativas por sexo na distribuição de BV, VE e CAL.

Ao verificarmos a existência de significância estatística por sexo, optamos por desenvolver o nosso estudo tendo por base duas subamostras em separado: adolescentes do sexo feminino e adolescentes do sexo masculino.

De forma a conseguir apurar se existiria ou não uma relação entre as variáveis BV, VE e CAL, recorreremos à Correlação de *Pearson*, não só por termos valores de  $N > 30$  em todos os grupos, mas também por estarmos a lidar com variáveis intervalares.

Analizou-se a direção das correlações significativas e, finalmente, a magnitude dos coeficientes, seguindo os Critérios de Cohen<sup>17</sup> que se baseiam no valor absoluto do  $r$

(coeficiente de correlação) sendo que:  $r \geq .10$  e  $\leq .29$  – correlação baixa;  $r \geq .30$  a  $\leq .49$  - correlação moderada;  $r \geq .50$  a  $\leq 1.0$  – correlação elevada.

Após as análises de correlação, testamos os modelos de mediação múltipla serial, utilizando a metodologia de *bootstrapping* de *Hayes et al.* e a sua *macro PROCESS* para SPSS, selecionando os modelos 4 e 6, apenas no sexo feminino, uma vez que a maioria das correlações estatisticamente significativas surgiu no grupo das raparigas<sup>18</sup>.

O nível de significância estatística foi fixado  $p < .05$  para todos os testes executados, com intervalos de confiança de 95%.

## RESULTADOS

### Prevalência da Vitimização por *Bullying* (*Bullying victimization – BV*)

Através da aplicação da escala de Vitimização por *Bullying*, foi avaliada a prevalência de *bullying* na amostra ao longo do seu percurso escolar, ou seja, desde o 1º ao 3º ciclo, percebendo-se que 26.1% dos adolescentes referiram ter sido vítimas de *bullying*. Destes, 4.7% referiram ter sido no primeiro ciclo; 18.9% no segundo ciclo e 0.9% no terceiro ciclo. Dos inquiridos, 2.8% mencionaram ter sofrido *bullying* no primeiro e segundo ciclos; 0.5% no segundo e terceiro ciclos e 0.9% relataram ter sofrido ao longo dos 3 ciclos de ensino básico.

### Prevalência da Vitimização por *Bullying*, Vergonha e Comportamentos Autolesivos por Sexo

Pela análise da estatística descritiva das variáveis em estudo (tabela IV), estratificadas por sexo, verificamos que o sexo feminino foi mais vezes vítima de *bullying*, uma vez que apresenta pontuações médias estatisticamente mais elevadas que o sexo masculino [ $\text{♀}$ :  $5.62 \pm 10.181$  vs  $\text{♂}$ :  $1.30 \pm 4.699$   $t(297.240) = 5.24$ ,  $p < .01$ ].

**Tabela IV.** Estatística descritiva das variáveis, por sexo.

		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t (gl)</i>	<i>p</i>
<b>BV</b>	♀	5.62	10.181	5.24 (297.240)	<.01
	♂	1.30	4.699		
<b>QIAIS TOTAL</b>	♀	34.32	14.836	1.90 (50)	.063
	♂	25.64	13.915		
<b>QIAIS A</b>	♀	18.14	5.407	2.40 (188)	.017
	♂	16.32	4.543		
<b>QIAIS C</b>	♀	6.51	7.124	.69 (53)	.49
	♂	4.86	9.380		
<b>QIAIS B</b>	♀	1.11	3.076	2.74 (141.243)	<.01
	♂	.29	.825		
<b>QIAIS D</b>	♀	2.57	2.206	4.34 (178.562)	<.01
	♂	1.33	1.724		
<b>EVEA-B</b>	♀	7.08	6.952	2.20 (238)	.029
	♂	5.24	5.358		

**Legenda:** *BV* – Vitimização por *Bullying*; *QIAIS TOTAL* – Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida Total; *QIAIS A* – Dimensão Impulso; *QIAIS C* – Dimensão Funções; *QIAIS B* – Dimensão Auto-dano; *QIAIS D* – Dimensão Ideação Suicida; *EVEA-B* – Escala de Vergonha Externa para Adolescentes versão breve; *M* – média; *DP* – desvio-padrão; *t* – Teste *t* para amostras independentes; *gl* – Graus de Liberdade; *p*<.05; *p*<.01

As raparigas apresentaram pontuações médias estatisticamente mais elevadas na dimensão Impulso (*QIAIS A*) [♀: 18.14 ± 5.407 vs ♂: 16.32 ± 4.543 *t* (188)= 2.40, *p*=.017], Auto-Dano (*QIAIS B*) [♀: 1.11 ± 3.076 vs ♂: .29 ± .825 *t* (141.243)= 2.74, *p*<.01] (por igual em todos) e Ideação-Suicida (*QIAIS D*) [♀: 2.57 ± 2.206 vs ♂: 1.33 ± 1.724 *t* (178.562)= 4.34, *p*<.01] , e na Escala de Vergonha Externa (*EVEA-B*) [♀: 7.08 ± 6.952 vs ♂: 5.24 ± 5.358 *t* (238)=2.20, *p*=.029] comparativamente aos rapazes.

## Relação entre a Vitimização por *Bullying*, Vergonha e Comportamentos Autolesivos por Sexo

Analizamos para cada sexo, com testes de correlação de *Pearson*, a existência de relação entre *BV*, *QIAIS TOTAL*, *QIAIS A*, *QIAIS C*, *QIAIS B*, *QIAIS D*, *EVEA-B*.

**Tabela V.** Correlações entre *BV*, *QIAIS TOTAL*, *QIAIS A*, *QIAIS C*, *QIAIS B*, *QIAIS D*, *EVEA-B* em adolescentes do sexo feminino.

	<b>BV</b>	<b>QIAIS TOTAL</b>	<b>QIAIS A</b>	<b>QIAIS C</b>	<b>QIAIS B</b>	<b>QIAIS D</b>	<b>EVEA- B</b>
<b>BV</b>							
<b>QIAIS TOTAL</b>	NS						
<b>QIAIS A</b>	.194*	.768**					
<b>QIAIS C</b>	NS	.844**	.401*				
<b>QIAIS B</b>	NS	.624**	.322**	.411**			
<b>QIAIS D</b>	.227*	.454**	.410**	.390*	NS		
<b>EVEA-B</b>	.186*	.552**	.424**	.421*	.353**	.525**	

**Legenda:** *BV* – Vitimização por *Bullying*; *QIAIS TOTAL* – Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida Total; *QIAIS A* – Dimensão Impulso; *QIAIS C* – Dimensão Funções; *QIAIS B* – Dimensão Auto-dano; *QIAIS D* – Dimensão Ideação Suicida; *EVEA-B* – Escala de Vergonha Externa para Adolescentes versão breve

Nas raparigas, encontramos correlações positivas de baixa magnitude de *BV* com a dimensão Impulso (*QIAIS A*;  $r=.194$ ,  $p<.05$ ) e com a dimensão Ideação Suicida (*QIAIS D*;  $r=.227$ ,  $p<0.5$ ).

Ainda assim, a Escala de Vergonha Externa para Adolescentes (*EVEA-B*) teve relações estatisticamente significativas de magnitude fraca a moderada com a dimensão total do Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida (*QIAIS Total*) e com todas as suas dimensões (Impulso, Funções, Auto-Dano e Ideação Suicida). Todas as correlações e respetivos coeficientes são apresentados na tabela V.



**Tabela VI.** Correlações entre *BV*, *QIAIS TOTAL*, *QIAIS A*, *QIAIS C*, *QIAIS B*, *QIAIS D*, *EVEA-B* em adolescentes do masculino.

	<b>BV</b>	<b>QIAIS TOTAL</b>	<b>QIAIS A</b>	<b>QIAIS C</b>	<b>QIAIS B</b>	<b>QIAIS D</b>	<b>EVEA- B</b>
<b>BV</b>							
<b>QIAIS TOTAL</b>	NS						
<b>QIAIS A</b>	NS	.773**					
<b>QIAIS C</b>	NS	.964**	.600*				
<b>QIAIS B</b>	NS	.771**	NS	.744**			
<b>QIAIS D</b>	NS	NS	.288*	NS	NS		
<b>EVEA-B</b>	NS	.742**	.483**	.656*	.257*	.520**	

**Legenda:** *BV* – Vitimização por *Bullying*; *QIAIS TOTAL* – Questionário de Impulso, Auto-Dano e Ideação Suicida Total; *QIAIS A* – Dimensão Impulso; *QIAIS C* – Dimensão Funções; *QIAIS B* – Dimensão Auto-dano; *QIAIS D* – Dimensão Suicida; *EVEA-B* – Escala de Vergonha Externa para Adolescentes versão breve

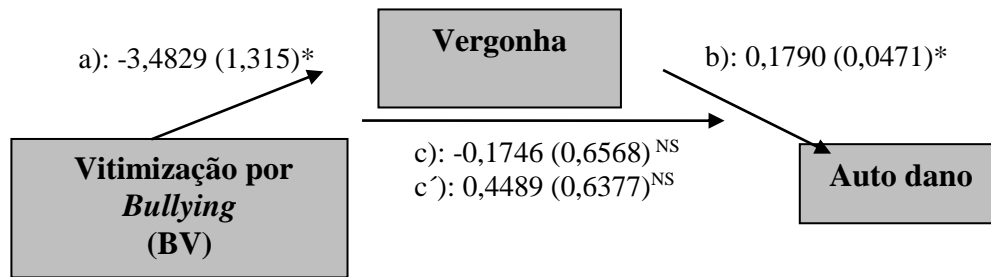
Em relação ao sexo masculino, não foram encontradas relações estatisticamente significativas nem entre o *BV* e todas as dimensões do Questionário de Impulso, Auto Dano e Ideação Suicida, nem entre o *BV* e a *EVEA-B*. A tabela VI apresenta a lista completa das correlações efetuadas.

### **Papel mediador da Vergonha na relação entre a Vitimização por *Bullying* e os Comportamentos Autolesivos**

Tendo em conta o padrão de correlações anteriormente descrito (Tabela V e VI), foram testados modelos de mediação simples, nos quais o preditor foi a variável Vitimização por *Bullying* (*BV*), o *outcome* foram os Comportamentos Autolesivos (Auto Dano e Ideação Suicida) e o mediador foi a Vergonha.

Estas análises só foram realizadas no sexo feminino, visto que as análises de correlação no sexo masculino não revelaram significância.

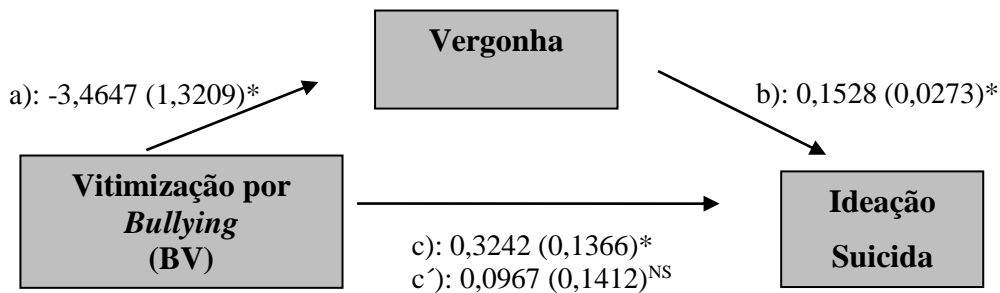
**Modelo 1:** Papel mediador da Vergonha na relação entre a Vitimização por *Bullying* e o Auto Dano.



**NS** – não significativo; \* -  $p < 0,05$

Nem o efeito total do modelo (c) nem o efeito direto (c') se revelaram significativos. A Vergonha mediou a relação entre a Vitimização por *Bullying* e o Auto Dano, pois o modelo apresentou um efeito indireto significativo em que o intervalo de confiança não contém o zero (*coeficiente* = -0,6235, *SE* = 0,4079, *IC 95%* = -1,8817 até -0,1030).

**Modelo 2:** Papel mediador da Vergonha na relação entre a Vitimização por *Bullying* e a Ideação Suicida.



**NS** – não significativo; \* -  $p < 0,05$

Neste modelo, o efeito total do modelo (c) revelou-se significativo, no entanto, o efeito direto (c') não revelou significância. O efeito indireto também demonstrou significância, pois o intervalo de confiança não contém o zero (*coeficiente* = -0,5294, *SE* = 0,2466, *IC 95%* = -1,0877 até -0,1207). Mais uma vez, a vergonha mediou a relação entre a Vitimização por *Bullying* e a Ideação suicida.

A Tabela VII mostra os valores obtidos dos efeitos dos modelos de mediação.

**Tabela VII** - Efeitos total, direto e indireto dos modelos de mediação.

	coeficiente	SE	<i>p</i>	Bootstrapping	
				Inferior	Superior
<b>Modelo de mediação I – Auto dano</b>					
Efeito total	0.1746	0.6568	0.7909	-1.4779	1.1286
Efeito direto	0.4489	0.6377	0.4832	-0.8166	1.7143
Efeito indireto	-0.6235	0.4079		-1.8817	-0.1030
<b>Modelo de mediação II – Ideação Suicida</b>					
Efeito total	-1.0593	0.4101	0.013	-1.8732	-0.2455
Efeito direto	-0.5300	0.3711	0.156	-1.2665	0.2066
Efeito indireto	-0.5294	0.2466		-1.0877	-0.1207

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Encontramos no nosso estudo uma prevalência de vitimização por *bullying* na adolescência de 26.1% (média de ambos os sexos) – sendo de 42% nas raparigas e de 10.2% nos rapazes. Mais de ¼ dos adolescentes já tinha sido vítima de *bullying*. Existem na literatura vários estudos que corroboram os nossos resultados e que também evidenciaram uma elevada prevalência de *bullying* em Portugal<sup>19–23</sup>.

Em 201, foi realizado um estudo intitulado: “Características e prevalência do fenómeno do *Bullying* nos alunos do 3º ciclo, a frequentar escolas públicas e privadas.”, que utilizou uma amostra de 248 alunos, sendo 176 de uma escola pública e 72 de uma escola privada, com idades compreendidas entre os 12 e os 16 anos, tendo obtido uma prevalência de *bullying* de 23.8%<sup>20</sup>.

“*Bullying* - Estudo de prevalências e relação com traços de psicopatia.”, foi outro trabalho de investigação que se baseou em dados de 428 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, que frequentavam escolas do ensino regular e escolas de ensino profissional, ambas do distrito de Vila Real e Viseu, e que também revelou uma elevada prevalência de *bullying* - 33.8%<sup>21</sup>.

Estes dados são também consistentes com os dados da literatura internacional, numa meta-análise realizada em 2014, onde se verificou uma prevalência média de *bullying* de 35%<sup>24</sup>.

Relativamente à prevalência de vitimização por *bullying* a nível internacional, os valores variam de país para país e de região para região, no entanto, a prevalência é, na grande maioria dos casos, igualmente elevada<sup>25-31</sup>.

Tal como no nosso trabalho, existem outros estudos que reforçam a existência de uma maior prevalência da vitimização por *bullying* no sexo feminino<sup>22,31</sup>.

De acordo com Leonardo (2007), estas diferenças de género podem estar associadas a questões culturais, já que, na maioria das vezes, é socialmente aceite que os homens sejam agressivos e, deste modo, é provável que muitos adolescentes do sexo masculino recorram a comportamentos agressivos como forma de “obter o reconhecimento”<sup>32</sup>.

Relativamente ao objetivo primordial desta investigação, evidenciar (a partir dos dados considerados) o papel da vergonha, como sendo um gatilho para o desencadear de CAL no contexto do *bullying*, consideramos que este é, de acordo com o nosso conhecimento, o primeiro estudo que estabelece uma correlação entre os 3 fatores: vergonha externa, *bullying* e comportamentos autolesivos na adolescência. Isto porque, embora existam outros trabalhos que relacionam duas variáveis<sup>33,34</sup>, não encontramos nenhum que correlacionasse os 3 fatores simultaneamente.

A partir dos dados obtidos no nosso estudo, constatamos que a vergonha é um catalisador e um propulsor de comportamentos autolesivos, com maior peso no sexo feminino do que no sexo masculino.

Estes resultados vêm confirmar estudos previamente realizados na literatura<sup>35</sup>. Um dos exemplos, é o trabalho de investigação de Matos, Pinto Gouveia e Gomes (2010), que refere que as raparigas exibem valores consideravelmente mais elevados de vergonha externa que os rapazes<sup>36</sup>. De igual modo, Santos (2009) defende que o sexo feminino internaliza tendencialmente sentimentos de maior ansiedade e de carácter mais hostil relacionados com cognições autocríticas de predisposição para a vergonha<sup>37</sup>.

Quando observada em profundidade, a análise de género demonstra que as raparigas reportam, comparativamente aos rapazes, uma maior crença de que os outros as veem com atributos negativos ou desvalorizadores (tais como: inferior, defeituosa e incompetente)<sup>16</sup>. Há ainda diversos autores que defendem que, neste período crítico da adolescência, as raparigas tornam-se particularmente vulneráveis a experiências

de vergonha, podendo ser esta uma explicação plausível para os resultados obtidos no nosso estudo<sup>38-40</sup>.

Tudo isto, acaba por corroborar os resultados obtidos na presente investigação sobre o papel da vergonha externa como gatilho para o desenvolvimento de comportamentos autodestrutivos, uma vez que apenas se verificou uma correlação estatisticamente significativa para o sexo feminino. Não obstante, existem outros estudos que revelaram não encontrar diferenças relativamente ao género, no que toca aos sentimentos de vergonha externa<sup>41,42</sup>.

A vergonha pode surgir da forma como os outros julgam e percecionam erroneamente a pessoa envolvida, levando-a a acreditar nesses julgamentos e a ter, desse modo, comportamentos que a lesam a si mesma, por não se sentir digna da valorização e da apreciação pela parte dos outros<sup>33</sup>. Pelo nosso entender, é tudo uma espiral de sentimentos e emoções negativas, onde o desprezo relativo ao “próprio eu” leva a uma diminuição marcada da autoestima e a uma conseqüente perda da validade pessoal. Sendo assim, a pessoa acredita ser merecedora de comportamentos para-suicidários ou autodestrutivos, pois toda a perceção que tinha acerca de si mesma acaba por ser disruptiva<sup>34,43,44</sup>. No entanto, esta é apenas uma das muitas dimensões dos comportamentos autolesivos, que também podem surgir em contexto de stresse psicológico interno ou externo, baixa autoestima e autoconfiança, um modelo de autoapreciação e de culpabilidade negativamente distorcido, com sentimentos de derrota, aprisionamento, frustração e falta de sentido de pertença (*belonging*), assim como impulsividade e baixa capacidade de resolução de problemas interpessoais, com função de autopunição, regulação emocional e/ou influência interpessoal<sup>12,13</sup>.

Como principal conclusão do nosso trabalho, ressaltamos a existência de uma correlação entre a vergonha externa e os comportamentos autolesivos nas raparigas vítimas de *bullying* e enfatizamos a exclusividade desta correlação para com o sexo feminino. Além disso, não podemos deixar de mencionar a elevada prevalência de *bullying* que encontramos: 26,1%.

Isto pode ser explicado pelo facto do sexo feminino ter tendência a ser mais emocional, mais inseguro, mais vulnerável numa idade mais jovem do que o sexo masculino<sup>45</sup>. Para além disso, importa referir a dimensão sociocultural e educacional e o papel que é atribuído ao género masculino ainda presente na sociedade, em que os rapazes desde cedo são incutidos e crescem num meio onde não é totalmente

aceitável mostrar a sua vulnerabilidade. Desta forma, acabam “por ter vergonha em expressar o seu sentimento de vergonha”: isto é, podem até experienciar a emoção vergonha internamente, mas limitam-se a reprimi-la, não a manifestando como uma emoção externa, tão frequentemente quanto as raparigas o fazem<sup>46,47</sup>.

Identificámos algumas limitações ao presente trabalho de investigação. A primeira deve-se ao facto de ser um estudo transversal e observacional, o que nos impossibilita de inferir relações de causalidade, temporais ou direcionais, entre o papel da vergonha, o *bullying* e os CAL. Como tal, no futuro seria de considerar uma investigação de carácter longitudinal que pudesse ultrapassar esta limitação. O uso exclusivo de questionários de autorrelato, como forma de obtenção dos dados por parte dos participantes, é também uma limitação, uma vez que a complexidade das emoções e das experiências com que estamos a lidar abrange múltiplos fatores, individuais, biológicos ou socioculturais. Seria, portanto, importante complementar a análise da validade convergente através de entrevistas ou multi-informadores.

Existem vários pontos fortes neste trabalho: o mais notório reside na originalidade dos resultados obtidos e no facto de ser um estudo pioneiro nesse sentido. Para além disso, o elevado número de participantes (346) e a escolha aleatória das escolas poderá permitir-nos generalizar os resultados obtidos para uma população com as mesmas características.

Em suma, importa salientar a relevância do presente estudo para todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados ao adolescente, assim como para toda a comunidade escolar.

Poder-se-á, partindo dos dados obtidos, alargar a investigação para que cada vez mais e melhor se compreendam estes fenómenos, as suas correlações e implicações. Esta compreensão é também relevante e fundamental para o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção nesta problemática tão prevalente e com impacto tão preocupante nesta faixa etária.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria del Carmen Bento Teixeira, quero deixar o meu agradecimento especial por me ter orientado na realização deste trabalho, incentivando-me sempre a aprender mais e a dar o meu melhor. Agradeço, ainda, toda a paciência, amabilidade e disponibilidade, que demonstrou ao longo desta etapa, que se revelaram ser fundamentais para a consecução deste trabalho. Aprendi e cresci muito sobre a sua tutoria. O meu sincero obrigada!

À Doutora Teresa Margarida da Luz Cartaxo, por todo o conhecimento científico e toda a ajuda que me deu para que pudesse concluir esta etapa da melhor forma possível.

À minha família e amigos mais próximos, por todo o apoio incondicional, amizade e incentivo para ultrapassar as dificuldades encontradas ao longo da realização deste trabalho.

Ao David, pelo carinho, pela paciência, pelas vezes infindáveis que me ouviu, e motivação que sempre me deu.

## REFERÊNCIAS

1. Srabstein JC, Leventhal BL. Prevention of bullying-related morbidity and mortality: A call for public health policies. *Bull World Health Organ*. 2010;88(6):401–80.
2. Swearer SM, Collins A, Berry B. Bullying. *Encycl Hum Behav Second Ed*. 2012;1:417–22.
3. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S. Bullying victimization in youths and mental health problems: Much ado about nothing? *Psychol Med*. 2010;40(5):717–29.
4. Silva P da. Avaliação da Vergonha Externa e Interna em Adolescentes Adaptação e qualidades psicométricas da Escala de Vergonha Externa e Interna. Instituto Superior Miguel Torga; 2019.
5. Pinto-Gouveia J, Matos M. Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Appl Cogn Psychol*. 2011;25(2):281–90.
6. Strøm IF, Aakvaag HF, Birkeland MS, Felix E, Thoresen S. The mediating role of shame in the relationship between childhood bullying victimization and adult psychosocial adjustment. *Eur J Psychotraumatol*. 2018 Jan 16;9(1):1–13.
7. Karanikola MNK, Lyberg A, Holm AL, Severinsson E. The Association between Deliberate Self-Harm and School Bullying Victimization and the Mediating Effect of Depressive Symptoms and Self-Stigma: A Systematic Review. *Biomed Res Int*. 2018;1–36.
8. Daigle MS, Côté G. Nonfatal Suicide-Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences. *Suicide Life-Threatening Behav*. 2006;36(6):670–8.
9. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(2):204–13.
10. DGS. Programa Nacional para a Saúde Mental. Plano Nac Prevenção do Suicídio 2013/2017 [Internet]. 2017;1–114. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>
11. Irwin A, Li J, Craig W, Hollenstein T. The Role of Shame in the Relation Between Peer Victimization and Mental Health Outcomes. *J Interpers Violence*. 2019;34(1):156–81.
12. Palma ARL. As Emoções e Funções dos Comportamentos Autolesivos Na Adolescência. Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2018.
13. Cardoso GT. Comportamentos Autolesivos e Ideação Suicida nos Jovens. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2016.
14. Carvalho CB, Nunes C, Castilho P, da Motta C, Caldeira S, Pinto-Gouveia J. Mapping non suicidal self-injury in adolescence: Development and confirmatory factor analysis of the impulse, self-harm and suicide ideation questionnaire for adolescents (ISSIQ-A). *Psychiatry Res*. 2015;227(2–3):238–45.
15. Bifulco A, Schimmenti A, Jacobs C, Bunn A, Rusu AC. Risk factors and psychological outcomes of bullying victimization: A community-based study. *Child Indic Res*. 2014;7(3):633–48.
16. Cunha M, Xavier AM de J, Cherpe S, Gouveia JP. Assessment of shame in adolescents: The “Other as Shamer” Scale. *Psicol Teor e Pesqui*. 2017;33:1–9.
17. George D, Mallery P. IBM SPSS Statistics 26 Step by Step A Simple Guide and Reference [Internet]. London: Routledge; 2019. Available from: <https://www.routledge.com/IBM-SPSS-Statistics-26-Step-by-Step-A-Simple-Guide-and-Reference/George-Mallery/p/book/9780367174354>
18. Hayes AF, Preacher KJ, Myers TA. Mediation and the estimation of indirect effects in political communication research. In: *The Sourcebook for Political Communication Research: Methods, Measures, and Analytical Techniques*. New York: Routledge; 2011. p. 434–65.
19. Oliveira WA de, Silva JL da, Sampaio JMC, Pereira BO, Silva MAI. Bullying Na Adolescência: Um Estudo Com Brasileiros E Portugueses. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2018;41(3):614–27.



20. Sousa M. Características e prevalência do fenómeno do Bullying nos alunos do 3º ciclo , a frequentar escolas públicas e privadas. 2017;44.
21. Isabel S, Rodrigues P, Real V. Bullying – Estudo de prevalências e relação com traços de psicopatia. 2013;
22. Em C, Educação EDE, Jorge H, Fidalgo DO. Condutas Agressivas em Idade Escolar – O Bullying em Alunos do 3 .º Ciclo nas Escolas do Distrito de Bragança. 2013;
23. Carvalhosa S, Moleiro C, Sales C. A situação do bullying nas escolas portuguesas. *Interações*. 2009;146(13):125–46.
24. Modecki KL, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2014;55(5):602–11. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84908335369&doi=10.1016%2Fj.jadohealth.2014.06.007&partnerID=40&md5=71898bb4adcdcc65a9bafcd8d7967844>
25. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *J Adolesc Heal*. 2017;61(2):179–86.
26. Biswas T, Scott JG, Munir K, Thomas HJ, Huda MM, Hasan MM, et al. Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: Role of peer and parental supports. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2020;20. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85082799417&doi=10.1016%2Fj.eclinm.2020.100276&partnerID=40&md5=263a9bbfbf6646d28a11f2c429290a23>
27. Wolke D, Woods S, Stanford K, Schulz H. Bullying and victimization of primary school children in England and Germany: Prevalence and school factors. *Br J Psychol*. 2001;
28. Marcolino EC, Cavalcanti AL, Padilha WWN, de Miranda FAN, Clementino FS. Bullying: Prevalence and factors associated with vitimization and aggression in the school quotidian [Bullying: Prevalência e fatores associados à vitimização e à agressão no cotidiano escolar]. *Texto e Context Enferm* [Internet]. 2018;27(1). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85043305304&doi=10.1590%2F0104-07072018005500016&partnerID=40&md5=c3e88faa9f500311bc610d14c5175bbc>
29. Rana M, Gupta M, Malhi P, Grover S, Kaur M. Prevalence and correlates of bullying perpetration and victimization among school-going adolescents in Chandigarh, North India. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020;62(5):531–9. Available from: [https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85093954817&doi=10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry\\_444\\_19&partnerID=40&md5=4a04f5ee1b7769f770308e60201597db](https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85093954817&doi=10.4103%2Fpsychiatry.IndianJPsychiatry_444_19&partnerID=40&md5=4a04f5ee1b7769f770308e60201597db)
30. Siziya S, Rudatsikira E, Muula AS. Victimization from bullying among school-attending adolescents in grades 7 to 10 in Zambia. *J Inj Violence Res*. 2012;
31. Bannink R, Broeren S, van de Looij – Jansen PM, de Waart FG, Raat H. Cyber and Traditional Bullying Victimization as a Risk Factor for Mental Health Problems and Suicidal Ideation in Adolescents. Xia Y, editor. *PLoS One*. 2014 Apr;9(4):e94026.
32. Filipa Manuela Gomes da Silva. Fatores sociodemográficos, autoestima pessoal e comportamentos de Bullying em alunos do 3º Ciclo. UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO; 2015.
33. Alexandra C, Dos F. Experiências de Bullying e Vergonha Externa em Adolescentes do 3º Ciclo. Instituto Superior Miguel Torga; 2016.
34. Pereira M. Bullying e comportamentos autolesivos não suicidários na adolescência. *Psicologia e Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra; 2016.
35. Baiden P, Tadeo SK. Investigating the association between bullying victimization and suicidal ideation among adolescents: Evidence from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Child Abus Negl*. 2020;102(May 2019).

36. Matos M, Pinto-Gouveia J, Martins S. O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Impact of Event Scale - Revised. *Psychologica*. 2011;(54):413–38.
37. Santos AS. Diferenças Individuais na Tendência para a Vergonha e Culpa: Antecedentes Motivacionais. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa; 2009.
38. De Rubeis S, Hollenstein T. Individual differences in shame and depressive symptoms during early adolescence. *Pers Individ Dif*. 2009;46(4):477–82.
39. Wolfe DA, Mash EJ. Behavioral and Emotional Problems in Adolescents. In: Wolfe DA, Mash EJ, editors. *Behavioral and emotional disorders in adolescents: Nature, assessment, and treatment*. New York, NY, US: Guilford Publications; 2006. p. 3–20.
40. Essau CA, LeBlanc S, Ollendick TH. Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents. In: *Emotion regulation and psychopathology in children and adolescents*. Oxford University Press; 2017. p. 3–17.
41. Cunha M, Matos M, Faria D, Zagalo S. Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *Int J Psychol Psychol Ther*. 2012;12(2):203–18.
42. Matos M, Pinto-Gouveia J, Gilbert P, Duarte C, Figueiredo C. The Other As Shamer Scale - 2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Pers Individ Dif*. 2015;74:6–11.
43. Whitlock J. Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Med*. 2010;
44. Ferreira SF da SM. Comportamentos autolesivos sem intenção suicida na adolescência : o papel das experiências de adversidade precoce [Internet]. 2016. Available from: <http://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/36667>
45. Rutgers University. Teen girls more vulnerable to bullying than boys. *ScienceDaily*. 2019;
46. Paulo M, Vagos P, Ribeiro Da Silva D, Rijo D. The role of shame and shame coping strategies on internalizing/externalizing symptoms: Differences across gender in adolescents. *Eur J Dev Psychol* [Internet]. 2020;17(4):578–97. Available from: <https://doi.org/10.1080/17405629.2019.1682991>
47. Fitch CH, Nazaretian Z. Examining gender differences in reintegrative shaming theory: the role of shame acknowledgment. *Crime, Law Soc Chang*. 2019;72(5):527–46.

## ANEXOS

### Anexo I – Abstract submetido ao EPA

#### **The Role of Shame in the Relationship between Bullying and Self-Harm in Portuguese Adolescents**

Bento C.<sup>1</sup>, Pereira A.T.<sup>2</sup>, Oliveira M.<sup>1</sup>, Cartaxo, T.<sup>3</sup>, Macedo A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> University Clinic of Paediatrics, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>2</sup> Institute of Medical Psychology, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal

<sup>3</sup> *Coimbra Hospital and University Centre*, Coimbra, Portugal

**Introduction:** Bullying consists in acts of intentional and repeated physical or psychological violence, practiced by an individual or a group of individuals, provoking pain, anguish and shame. Nowadays it is considered a health problem in adolescents. Shame is a self-conscious, multifaceted and socially focused emotion that relates to a negative self-assessment.

**Objective:** The study aim was to investigate the mediating role of Shame in the relationship between Bullying and Self-harm and Suicide Ideation in Portuguese adolescents.

**Methods:** 346 adolescents (58.4% girls), aged  $15.32 \pm 1.193$  from public and private schools (9<sup>th</sup> to 12<sup>th</sup> grades) in Coimbra, answered the validated Portuguese versions of the *Bullying* Questionnaire, the Other as Shame Scale for Adolescents and the Self-Harm and Suicidal Ideation Questionnaire. For data analysis the SPSS 26 and Macro Process (Hayes 2020) was used.

**Results:** Bullying Victimization had a prevalence of 26.1%. Girls and boys significantly differ in Bullying Victimization, Self-Harm, Suicidal Ideation and Shame mean scores (all  $p < .05$ ). In girls, Bullying Victimization was correlated with Shame and Suicidal Ideation. The mediation analysis showed that, in girls, Shame partially mediated the relationship between Bullying and Suicidal Ideation ( $p < .001$ ). We didn't find these results in boys.

**Discussion and Conclusion:** Bullying is a global problem and needs to be solved. Adolescents of today are the adults of tomorrow. In a physical growth and mental maturation phase, it is urgent to avoid disruptors which lead to psychopathology. Our results corroborate that Shame can be a harmful factor in Bullying with fatal consequences in adolescents.

**Author Keywords:** Portuguese adolescent girls, Bullying Victimization, Suicidal Ideation.

## Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da FMUC



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref<sup>a</sup> 093-CE-2015

Data 07/09/2015

C/C aos Exmos. Senhores  
Investigadores e co-investigadores

Exmo Senhor  
Prof. Doutor Joaquim Neto Murta  
Director da Faculdade de Medicina de  
Universidade de Coimbra

**Assunto: Pedido de parecer à Comissão de Ética - Projecto de Investigação autónomo (ref<sup>a</sup> CE-098/2015).**

**Investigador(a) Principal: Maria del Carmen Bento Teixeira**

**Co-Investigador(es): Ana Sofia Félix Morais, Jorge Manuel Tavares Lopes de Andrade Saraiva, Célia Maria de Oliveira Carvalho e António Ferreira de Macedo**

**Título do Projecto: "Desregulação emocional e comportamental numa população escolar".**

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projecto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve: "**Parecer favorável**".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos

O Presidente,

  
Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

GC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG • COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central

Azinhaga de Santa Comba, Celas, 3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 707 (Ext. 542707) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt) | [www.fmed.uc.pt](http://www.fmed.uc.pt)

## Anexo III

### Consentimento Informado obtido por parte dos Encarregados de Educação para a realização do Estudo: “Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar”.



#### ESTUDO: DESREGULAÇÃO EMOCIONAL E COMPORTAMENTAL NUMA POPULAÇÃO ESCOLAR

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque é pai/mãe de um estudante do ensino básico/secundário e encarregado de educação. Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre o grau de desregulação emocional (como a agressividade, a auto-lesão, a ideação suicida) e o grau de desregulação comportamental (como a dependência da internet e dos jogos de computador, o cyberbullying e o bullying) em adolescentes da cidade de Coimbra e a sua associação com o controlo e perfeccionismo parentais.

Este estudo irá decorrer na Clínica Universitária de Pediatria e no Serviço de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, como parte de um trabalho da Agência para a Prevenção da Violência em crianças e jovens. Trata-se de um estudo observacional, que não terá nenhuma implicação na sua vida. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção. Serão incluídos cerca de 1500 estudantes e os seus pais.

A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários sobre pensamentos, comportamentos e maneiras de ser. Não há respostas certas ou erradas. O que interessa é que cada um responda como de facto se aplica a si. Os pais farão o preenchimento em casa. Os jovens farão o preenchimento na escola. Se aceitar participar, voltaremos a solicitar o preenchimento de um questionário daqui a aproximadamente a seis semanas (pais e educandos) e a entrega e recolha destes será feita do mesmo modo. **Para fins de emparelhamento dos questionários, será solicitado ao seu educando (e a si), que fixe os 4 dígitos que aparecem no início do primeiro questionário os quais deverá usar nos questionários seguintes.**

A participação é voluntária. É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo.

**Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis.** Necessitamos de grandes amostras e as respostas não serão analisadas individualmente. Os dados serão informatizados para podermos proceder ao seu tratamento estatístico. A sua participação não acarreta qualquer risco.

#### CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos.

**Nome do Jovem** \_\_\_\_\_

**Assinatura do encarregado de educação** \_\_\_\_\_

**Assinatura do jovem:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rasgar por aqui \_\_\_\_\_

Desregulação Emocional e Comportamental numa População Escolar.

**Assinatura do Investigador:** \_\_\_\_\_

#### CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar: Presidência da Comissão de Ética da FMUC, Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra Telefone: 239 857 707; e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar: Investigadora: Maria Del Carmen Bento Teixeira, Clínica Universitária de Pediatria, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Avenida Afonso Romão, Alto da Baleia, 3000-602 Coimbra Telefone: 239 480 400; e-mail: [mteixeira@fmed.uc.pt](mailto:mteixeira@fmed.uc.pt)

## Anexo IV

### Instrumentos de avaliação Psicológica utilizados na Investigação

#### Escala de Vergonha Externa para adolescentes versão breve (EVEA-B)

Esta escala tem como objetivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as veem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sentes que os outros te veem (visão que os outros têm de ti). Lê atentamente cada uma das afirmações, e assinala com um círculo o número que indica a frequência com que te sentes ou experiências o que está descrito na frase.

Nunca 0	Raramente 1	Às vezes 2	Muitas vezes 3	Sempre 4	
1. Penso que as outras pessoas me desprezam.	0	1	2	3	4
2. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles(as).	0	1	2	3	4
3. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno(a) e insignificante.	0	1	2	3	4
4. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse uma pessoa defeituosa.	0	1	2	3	4
5. As pessoas vêem-me como pouco importante em relação aos outros.	0	1	2	3	4
6. As pessoas afastam-se de mim quando eu cometo erros.	0	1	2	3	4
7. Os outros vêem-me como sendo vazio(a) e insatisfeito(a).	0	1	2	3	4
8. Os outros pensam que há qualquer coisa que falta em mim.	0	1	2	3	4

#### Questionário de Impulso, Auto-dano e Ideação Suicida na Adolescência (QIAIS-A)

De seguida vais encontrar algumas afirmações que mostram como os jovens por vezes se sentem.

Por favor, lê cada frase com atenção e marca a resposta que melhor se adapta a ti. Não existem respostas certas ou erradas.

##### A. Impulso

Nunca acontece Comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me Sempre 3	
1. Faço coisas sem pensar nas consequências.	0	1	2	3
2. Os outros dizem que ando “a mil há hora”.	0	1	2	3
3. Gasto mais dinheiro do que queria ou devia gastar.	0	1	2	3
4. Perco a paciência muitas vezes.	0	1	2	3
5. Digo a primeira coisa que me vem à cabeça.	0	1	2	3
6. Termino as tarefas que começo.	0	1	2	3
7. É difícil para mim controlar as emoções.	0	1	2	3
8. Nos jogos tenho dificuldade em esperar pela minha vez.	0	1	2	3
9. Gosto de planear o que faço com tempo.	0	1	2	3
10. Roubo ou mexo em coisas que não posso para me sentir melhor.	0	1	2	3
11. Para mim é difícil ficar quieto.	0	1	2	3
12. Por vezes tenho dificuldade em parar com um comportamento mesmo que me possa prejudicar (ex. álcool, comida, jogo).	0	1	2	3
13. Sou cuidadoso (a).	0	1	2	3
14. Tenho comportamentos errados mesmo sabendo que posso ser apanhado e penalizado.	0	1	2	3
15. É fácil concentrar-me.	0	1	2	3
16. É difícil esperar numa fila.	0	1	2	3

**B. Auto Dano**

<b>Nunca acontece comigo</b> <b>0</b>	<b>Acontece-me algumas vezes</b> <b>1</b>	<b>Acontece-me muitas vezes</b> <b>2</b>	<b>Acontece-me sempre</b> <b>3</b>			
1. Magoo-me ou agrido-me voluntariamente, isto é, <b>de propósito</b> .			0	1	2	3
2. Bato <b>de propósito</b> com a cabeça, mãos ou outra parte do corpo ou atiro-me contra as coisas (ficando com nódoas negras, etc.).			0	1	2	3
3. Arranho ou belisco certas partes do corpo <b>de propósito</b> .			0	1	2	3
4. Mordo partes do meu corpo ou mordo certos objetos <b>de propósito</b> (almofada, por exemplo).			0	1	2	3
5. Corto certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> (com lâminas, tesouras, facas, x-ato, etc.).			0	1	2	3
6. Queimo certas partes do meu corpo <b>de propósito</b> (com cigarros, fogão, isqueiro, etc.).			0	1	2	3
7. Espeto agulhas ou objetos semelhantes no meu corpo <b>de propósito</b> .			0	1	2	3
8. Engulo e/ou introduzo objetos pontiagudos em determinadas zonas do corpo e ingiro substâncias perigosas <b>de propósito</b> .			0	1	2	3
9. Abuso excessivamente de álcool.			0	1	2	3
10. Abuso excessivamente de drogas leves.			0	1	2	3
11. Abuso excessivamente de medicação (para ficar “mocado”).			0	1	2	3
12. Abuso de laxantes.			0	1	2	3
13. Conduzo de forma arriscada (alta velocidade, não respeito pelas regras de trânsito).			0	1	2	3
14. Tenho um comportamento sexual promíscuo (vários parceiros, relações sexuais sem proteção, etc.).			0	1	2	3

Outros comportamentos \_\_\_\_\_

Se **respondeste 0** a todas as questões anteriores passa para a **tabela D**. Se tens alguma **resposta com 1 ou mais** continua por favor.

**C. Funções**

<b>Nunca acontece comigo</b> <b>0</b>	<b>Acontece-me algumas vezes</b> <b>1</b>	<b>Acontece-me muitas vezes</b> <b>2</b>	<b>Acontece-me sempre</b> <b>3</b>		
1. Quando me magoo procuro deixar de me sentir infeliz e deprimido.		0	1	2	3
2. Magoo-me para não me sentir aborrecido ou entediado.		0	1	2	3
3. Magoo-me para não me sentir sozinho e desligado dos outros.		0	1	2	3
4. Magoar-me ajuda-me a não me sentir ansioso e preocupado.		0	1	2	3
5. Magoar-me ajuda-me a controlar a minha raiva (ou fúria).		0	1	2	3
6. Quando me magoo procuro deixar de me sentir culpado.		0	1	2	3
7. Magoo-me para me sentir menos inferior.		0	1	2	3
8. Quando me magoo procuro castigar-me.		0	1	2	3
9. Magoar-me ajuda-me a ficar menos zangado comigo mesmo.		0	1	2	3
10. Magoo-me para me lembrar que sou mau, que não presto.		0	1	2	3
11. Magoar-me ajuda-me a autocontrolar.		0	1	2	3
12. Magoar-me ajuda-me a acalmar.		0	1	2	3
13. Magoo-me para aliviar as emoções negativas que sinto.		0	1	2	3
14. Magoar-me ajuda-me a lidar com as emoções positivas (ex. excitação, alegria).		0	1	2	3
15. Magoar-me ajuda-me a saber melhor o que sinto.		0	1	2	3
16. Magoo-me para chamar a atenção dos outros.		0	1	2	3
17. Magoar-me é uma forma de mostrar aos outros que preciso de ajuda.		0	1	2	3
18. Magoar-me ajuda os outros a compreender os meus problemas.		0	1	2	3
19. Magoo-me para conseguir sentir alguma coisa.		0	1	2	3
20. Magoar-me é uma forma de manter o contacto com a realidade.		0	1	2	3

21.Magoo-me para mostrar a mim mesmo(a) que o meu sofrimento psicológico é real.	0	1	2	3
22.Magoo-me para me vingar dos outros.	0	1	2	3
23.Magoo-me para não magoar os outros.	0	1	2	3
24.Magoo-me para me proteger das agressões dos outros.	0	1	2	3
25.Magoo-me para criar uma barreira entre mim e os outros.	0	1	2	3
26.Magoar-me ajuda-me a não pensar em nada.	0	1	2	3
27.Magoar-me ajuda a parar os pensamentos maus ou suicidas.	0	1	2	3
28.Magoar-me ajuda a parar de pensar sempre na mesma coisa.	0	1	2	3
29.Magoo-me porque tenho curiosidade em saber o que vou sentir.	0	1	2	3
30.Magoo-me para mostrar a mim mesmo (a) que consigo aguentar a dor.	0	1	2	3
31.Magoar-me dá-me gozo e prazer.	0	1	2	3

#### D. Ideação Suicida

Nunca acontece comigo 0	Acontece-me algumas vezes 1	Acontece-me muitas vezes 2	Acontece-me sempre 3			
1. Já houve alturas em que pensei que me queria matar.			0	1	2	3
2. Há alturas em que penso que não tenho futuro nem saída.			0	1	2	3
3. Há alturas em que gostava de desaparecer.			0	1	2	3



### **Bullying Victimization (Vitimização por Bullying)**

Alguma vez desde a primária até ao preciso momento foste vítima de “Bullying” e/ou de assédio?

Não  Sim

2. Quando é que foste vítima dos atos maldosos dos teus colegas? Se foste vítima durante vários anos, (por exemplo desde o ensino básico ao ciclo inclusive), por favor assinala as duas opções.

Ensino Básico: (1º, 2º, 3º, 4º anos)

Ciclo: (5º, 6º, 7º, 8º, 9º anos)

Secundário: (10º, 11º, 12º anos)

3. Se sim, tenta lembrar-se de que tipo de atos de “bullying” é que foste vítima.

Assinala pondo uma cruz no tipo de atos de que foste vítima durante a tua infância até este preciso momento,

Não ocorria 1	Ocorria 1 ou 2 vezes 2	Ocorria 2 ou 3 vezes por mês 3	Ocorria uma vez por semana 4	Ocorria várias vezes à semana 5					Ano(s) escolares			
Tipo de Bullying:												
1. Chamarem-te nomes maldosos (estúpido(a), etc.); fazerem pouco de ti ou chatearem-no(a)							1	2	3	4	5	
2. Ser excluído(a) de atividades sociais, festas e de trabalhos de grupo ou ser ignorado(a) pelos outros ou ainda ser rejeitado (a)							1	2	3	4	5	
3. Baterem-te, seres pontapeado(a), abanado(a), fechado em salas e assaltado(a) pelos outros na escola							1	2	3	4	5	
4. Alguém a dizer mentiras sobre ti, a espalhar falsos rumores sobre ti e a tentar que os outros não gostem de ti.							1	2	3	4	5	
5. Tirarem-te dinheiro, ou outros itens (pastas, etc.) ou ainda danificarem coisas tuas (óculos, pastas, canetas, etc.)							1	2	3	4	5	
6. Seres ameaçado(a) ou seres forçado(a) a fazer coisas que não querias.							1	2	3	4	5	
7. Fazerem comentários sobre ti e sobre a tua aparência física ou chamarem-te nomes baseado na tua raça ou cor da pele, ou seja, comentários racistas.							1	2	3	4	5	
8. Chamarem-te nomes de cariz “sexual”, fazerem comentários sobre ti de cariz “sexual”, ou ainda fazerem-te gestos obscenos.							1	2	3	4	5	
9. Esconderem de propósito livros ou artigos da biblioteca, que são importantes para teres boa nota em trabalhos de estudo, ou fazer queixinhas de ti aos professores ou ao teu chefe, ou ainda outro tipo de <u>atos que impeçam que tenhas sucesso na escola, ou seja, que tires boas notas</u>							1	2	3	4	5	
10. Outros colegas a excluírem-te do seu grupo de amigos.							1	2	3	4	5	
11. Seres vítima de assédio sexual (exemplo: apalpadelas, etc.) ou mesmo de abuso sexual por parte de colegas (exemplo: ter relações sexuais forçadas).							1	2	3	4	5	
12. Ser vítima de bullying de outras maneiras: _____ _____							1	2	3	4	5	