



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

IMPACTO DO *BULLYING* NA QUALIDADE DO SONO E NO DESEMPENHO
ACADÉMICO EM CRIANÇAS DE IDADE ESCOLAR

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autor: Maria Margarida Ferreira Dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Ana Maria das Dores Pires Gomes

Número do candidato: 30000551

Abril de 2023

Lisboa

À minha querida avó Mariana
Que sei que estará muito feliz e orgulhosa por me ver chegar aqui.
E que me continuará a acompanhar sempre,
Através da sua presença no meu coração e no meu pensamento.
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Ao longo da realização desta investigação, foram muitos os momentos em que a angústia, o desespero, o desânimo e a desorientação imperaram e assumiram o controlo total, por completo. Os obstáculos com que me deparei foram inúmeros. É por essas e outras razões, que se torna mais importante do que nunca, agradecer às pessoas que estiveram sempre presentes, e que me deram motivação para ultrapassar com sucesso, todas as fases mais conturbadas e de crise, e todos os obstáculos por que passei ao longo do desenvolvimento desta investigação, reconhecendo a importância que cada um teve ao longo de todo este processo.

À Professora Doutora Ana Maria Gomes, um agradecimento especial pela orientação, disponibilidade, ajuda e pela paciência que demonstrou ao longo da realização desta investigação.

À Professora Doutora Iolanda Galinha e à Professora Doutora Rute Brites pelo apoio, sugestões e críticas construtivas, prestadas no decorrer das aulas de Seminário de Dissertação de Mestrado.

A todos os professores da Universidade Autónoma de Lisboa Luís de Camões pela formação, pela ajuda e pelo apoio ao longo dos cinco anos de curso.

À escola, aos professores e aos participantes – tanto às crianças como aos Encarregados de Educação, que autorizaram a sua participação, e que tornaram possível que esta investigação se realizasse. Um agradecimento também à escola por terem aceitado o convite para participar neste estudo, sem a sua disponibilidade nada disto teria sido possível de concretizar. Por questões de confidencialidade não poderei mencionar mais detalhes.

Por fim, mas não menos importante, deixo o meu profundo agradecimento à minha família, em especial à minha mãe Maria do Rosário Santos, mas também ao meu pai Francisco Santos, que estiveram sempre muito presentes, e que através da sua total entrega, dedicação, acompanhamento, apoio e preocupação, me proporcionaram a confiança e a motivação necessárias para a concretização e finalização de um dos meus maiores objetivos e que significa o concluir de um longo ciclo da minha vida. Estar-lhes-ei eternamente grata por terem estado sempre presentes e ao meu lado em todas as minhas aprendizagens e conquistas, e por me terem possibilitado chegar até aqui onde estou hoje, em especial a minha mãe. Não podia também deixar de agradecer aos meus amigos pela disponibilidade, interesse e apoio incondicional que me deram para chegar ao fim, e pela sua presença em todos os momentos mais agitados e difíceis. Agradeço também a todos aqueles que embora não mencione, troquei impressões e lembro com amizade e gratidão todo o apoio que me deram.

As memórias do *Bullying* dos nossos tempos de escola dependem sempre de quem as recorda. Podemos lembrar-nos de *Bullying* como algo que aconteceu a alguém, esquecendo que por vezes fomos nós os responsáveis por tal ato. Ou então podemos lembrar-nos de *Bullying* como vítimas. (Anónimo citado por Barbosa & Santos, 2010, p. 1)

RESUMO

O *Bullying* escolar tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas duas décadas. O aumento de casos é preocupante, devido ao impacto que este tipo de violência pode ter na criança a vários níveis, nomeadamente no sono infantil. Um sono perturbado está associado a uma pobre regulação emocional e comportamental e a um fraco desempenho escolar e cognitivo. Tipicamente as crianças com um sono desadequado têm uma maior probabilidade de apresentarem comportamentos agressivos e de perderem o interesse pela escola, fatores esses que podem promover a adoção de comportamentos de *Bullying*, muito comuns nas escolas os quais provocam consequências prejudiciais nas crianças.

Dada a pertinência deste tema, o presente estudo pretende investigar se os comportamentos de *Bullying* têm um impacto significativo na qualidade do sono e no desempenho escolar, em crianças do 1º ciclo do ensino básico em Portugal.

Este estudo quantitativo de carácter transversal incluiu uma amostra por conveniência de 71 crianças, com idades compreendidas entre 7 e 10 anos ($M = 8,62$; $DP = 1,047$) e os respetivos professores. Foram aplicados às crianças três instrumentos de autorrelato inerentes: às características sociodemográficas e a questões relacionadas com a escola; ao tipo e grau de envolvimento em comportamentos de *Bullying* e à qualidade e padrões de sono. Aos professores foi entregue um questionário sobre o desempenho escolar de cada aluno.

A análise dos dados evidenciou o impacto significativo do *Bullying* na qualidade do sono, e demonstrou que à medida que os comportamentos de *Bullying* e a má qualidade do sono aumentam o desempenho escolar piora, tendo sido possível atingir os objetivos propostos no estudo.

Palavras-chave: *Bullying*, Qualidade do Sono, Desempenho Escolar, Terceira Infância.

ABSTRACT

School *Bullying* has been progressively increasing in the last two decades. The rising number of cases is a concern due to the impact that this type of violence can have on children at various levels, and in particular on child sleep. Sleep disturbance is associated with poor behavioral and emotional regulation, and with poor cognitive and academic performance. Typically, children who have inadequate sleep are more likely to display aggressive behaviors and lose interest in school. These factors may cause *Bullying* behaviors, which are very common in schools, and lead to disastrous and very harmful consequences for children.

Given the pertinence of the topic, this study aims to investigate if *Bullying* behaviors have a significant impact on sleep quality and on academic performance among children attending the first cycle of primary education in Portugal.

This quantitative cross-sectorial study included a convenience sample of 71 children, aged between 7 and 10 years old ($M = 8,62$; $SD = 1,047$) and their respective teachers. In order to corroborate the main objective of this research, three instruments were applied to the children's self-reports related to: sociodemographic characteristics and school related issues; the type and degree of involvement in *Bullying* behaviors and the quality and patterns of sleep. The teachers were given a questionnaire on the academic performance of each student.

Data analysis revealed a significant impact of *Bullying* on sleep quality, and demonstrated that as *Bullying* behaviors and poor sleep quality increase, academic performance worsens, thus having been able to fulfill all the proposed objectives.

Keywords: *Bullying*, Sleep Quality, School Performance, Middle Childhood.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	3
RESUMO	5
ABSTRACT	6
ÍNDICE DE TABELAS	10
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	11
INTRODUÇÃO	12
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
Capítulo 1 Terceira Infância	19
1.1. Desenvolvimento na Terceira Infância vs. Terceira Infância e a Escola	19
Capítulo 2 <i>Bullying</i>	26
2.1. Conceito de <i>Bullying</i>	26
2.2. Diferentes Formas e Tipos de Comportamentos <i>Bullying</i>	28
2.3. Perfil dos Intervenientes no <i>Bullying</i> – Características dos Agressores/ <i>Bullies</i> , das Vítimas, das Vítimas-agressoras e dos Observadores	31
2.3.1. Perfil dos Agressores/ <i>Bullies</i>	31
2.3.2. Perfil das Vítimas	32
2.3.3. Perfil das Vítimas-agressoras	32
2.3.4. Perfil dos Observadores	33
2.4. <i>Bullying</i> nas Escolas	34
2.4.1. <i>Bullying</i> nas Escolas Portuguesas	36
2.5. Consequências do <i>Bullying</i> nas Crianças	39
2.6. Fatores de Risco para a Prática de Comportamentos de <i>Bullying</i>	42
2.7. Prevenção de Comportamentos de <i>Bullying</i>	42
2.7.1. Avaliação Psicológica do <i>Bullying</i>	45
2.7.2. Intervenção em Comportamentos de <i>Bullying</i> com base em Programas	46
Capítulo 3 Sono	48
3.1. Conceito do Sono	48
3.2. Sono nas Crianças	49
3.3. Perturbações do Sono nas Crianças	52
3.3.1. Dissónias	53
3.3.1.1. Insónia	53

3.3.1.2. Perturbações Respiratórias do Sono – Apneia Obstrutiva do Sono	54
3.3.1.3. Hipersónia	55
3.3.1.4. Perturbações do Sono Associadas ao Ritmo Circadiano – Síndrome do Atraso das Fases do Sono	56
3.3.1.5. Perturbações dos Movimentos Relacionadas com o Sono – Síndrome de Pernas Inquietas	56
3.3.2. Parassónias	57
3.3.2.1. Pesadelos	58
3.3.2.2. Terrores Noturnos e Sonambulismo.....	58
3.3.3. Problemas Psiquiátricos	59
3.4. Consequências do Sono Perturbado nas Crianças.....	59
3.4.1. Consequências do Sono Perturbado ao nível do Desempenho Escolar	60
3.5. Prevenção de Problemas do Sono nas Crianças.....	62
Capítulo 4 Desempenho Escolar.....	64
4.1. Conceito e Importância do Desempenho Escolar nas Crianças	64
Capítulo 5 Bullying, Sono e Desempenho Escolar.....	68
5.1. Correlações entre <i>Bullying</i> , Sono e Desempenho Escolar	68
Capítulo 6 Pertinência do Estudo e Definição do Problema Objetivos e Metas de Investigação	76
6.1. Pertinência do Estudo e Definição do Problema.....	76
6.2. Objetivos e Metas de Investigação.....	77
6.2.1. Objetivo Geral	77
6.2.2. Objetivos Específicos	77
II PARTE – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	78
Capítulo 7 Método	79
7.1. Delineamento do Estudo	79
7.1.1. Operacionalização de Variáveis	80
7.1.1.1. Variáveis Principais	82
7.1.2. Hipóteses de Investigação	82
7.2. Descrição dos Participantes	84
7.2.1. Caracterização da Amostra.....	85
7.3. Instrumentos.....	87
7.3.1. Questionário Sociodemográfico	88

7.3.2. Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)	88
7.3.3. Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI).....	90
7.3.4. “Mini Classificação sobre o Desempenho Escolar para professores”	91
7.4. Procedimentos	91
7.5. Procedimento da Análise de Dados	93
III PARTE – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	94
Capítulo 8 Resultados Descritivos da Amostra	95
8.1. Apresentação e Análise dos Resultados – Estatística Descritiva.....	95
8.2. Resultados	95
8.2.1. Qualidade do Sono e <i>Bullying</i>	95
8.2.2. Desempenho Escolar	96
8.3. Correlações entre Variáveis	97
8.3.1. Hipótese 1: Existe uma associação positiva entre comportamentos de <i>Bullying</i> (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e má qualidade do sono nas crianças que compõem a amostra	97
8.3.2. Hipótese 2: Existe uma associação positiva entre comportamentos de <i>Bullying</i> (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e um pior desempenho escolar	97
8.3.3. Hipótese 3: O sono de má qualidade relaciona-se positivamente com um pior desempenho escolar relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador.....	98
8.4. Discussão dos Resultados	98
IV PARTE – CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO E INDICAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	105
Capítulo 9 Conclusão Geral.....	106
9.1. Conclusão Final.....	106
9.2. Limitações da Presente Investigação	107
9.3. Indicações para Futuras Investigações	109
Referências Bibliográficas	110
ANEXOS.....	154
Anexo A. Consentimento Informado de Investigação.....	155
Anexo B. Questionário Sociodemográfico	158
Anexo C. Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)	160
Anexo D. Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI).....	166
Anexo E. “Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores”	172

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Diferentes Formas e Tipos de Comportamentos de <i>Bullying</i>	30
Tabela 2 Horas de sono recomendadas para cada faixa etária (OMS)	51
Tabela 3 Variáveis Principais	81
Tabela 4 Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 71)	86
Tabela 5 Disciplina Preferida	87
Tabela 6 Disciplina Melhor	87
Tabela 7 Consistência Interna	95
Tabela 8 Estatísticas Descritivas (PSQI / QEVE)	96
Tabela 9 Avaliações dos alunos no 1º Período	96
Tabela 10 Correlação - <i>Bullying</i> e Qualidade do Sono (QEVE e PSQI)	97
Tabela 11 Correlação - <i>Bullying</i> e Desempenho Escolar (QEVE e Notas escolares)	97
Tabela 12 Correlação – Qualidade do Sono e Desempenho Escolar (PSQI e Notas escolares)	98

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)
American Academy of Sleep Medicine (AASM)
American Psychological Association (APA)
Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)
Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA)
Eletroencefalograma (EEG)
Eletrocardiograma (ECG)
Encarregados de Educação (EE)
Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)
Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)
Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI)
Non-rapid Eye Movement (NREM)
National Sleep Foundation (NSF)
Núcleo Supraquiasmático (NSC)
Organização Mundial da Saúde (OMS)
Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)
Perturbações Respiratórias do Sono (PRSs)
Programa Internacional de Avaliação do Desempenho Escolar dos Alunos (PISA)
Rapid Eye Movement (REM)
Ressonância Magnética Nuclear (RMN) Cerebral
Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)
Tomografia Computorizada (TC)

INTRODUÇÃO

A temática da violência escolar tem vindo a ser matéria de uma progressiva atenção e preocupação nos últimos vinte anos, quer a nível social como educativo (Silva & Assis, 2017). As inovações tecnológicas do século XX, em especial o aparecimento das redes sociais, vieram contribuir fortemente para a mediatização deste fenómeno. A divulgação de casos de violência dentro e fora de recintos escolares aumentou drasticamente, permitindo assim um conhecimento mais abrangente, desta realidade até então encoberta (Heller et al., 2020).

O estudo da violência escolar teve início em 1970, pelo psicólogo sueco Dan Olweus que conceptualizou o conceito de *Bullying*, e desenvolveu o primeiro estudo sobre o tema nas escolas suecas e norueguesas, desenvolvendo o “Olweus *Bullying*”, um programa de prevenção que ainda hoje é utilizado nas instituições de ensino. Os estudos realizados por este autor, nos recintos de diversas escolas chamaram a atenção da comunidade europeia e mundial para este fenómeno. Olweus constatou que 15% dos alunos entre os 7 e os 16 anos estavam envolvidos em comportamentos de *Bullying*, dos quais 9% vítimas e 7% agressores (Olweus & Limber, 2010; Olweus, 1997). O *Bullying* é assim descrito segundo este autor, como “um(a) aluno(a) estar a ser provocado/vitimado quando ele ou ela está exposto, repetidamente e ao longo do tempo, a ações negativas da parte de uma ou mais pessoas” (Olweus, 1994, p. 9).

A prática de comportamentos de *Bullying*, ocorre, geralmente, durante o horário escolar, podendo assumir uma forma de expressão direta, através de comportamentos violentos observáveis a nível físico e/ou verbal; e/ou indireta, através da exclusão intencional da vítima de um grupo ou de uma atividade, ou ainda fazer com que outro exerça violência em seu nome. Olweus foi o primeiro autor a propor esta distinção entre o *Bullying* “direto” e o *Bullying* “indireto”. Pode também manifestar-se através de ações negativas sob variados tipos de agressão (formas de agressão): físico (e.g. agressões), verbal (e.g. insultos), psicológico (e.g. ameaças), relacional/social (e.g. exclusão de um grupo) e/ou sexual (e.g. toques em partes do corpo) (Carvalho & Matos, 2016, 2019), sendo interrompido no regresso da vítima a casa (Tokunaga, 2010). Este fenómeno pode ter repercussões negativas, para as vítimas e para os agressores, podendo, em casos de vandalismo, estender-se aos observadores e à comunidade escolar, criando deste modo um clima de insegurança e violência (Falcão, 2021). O *Bullying* inclui assim, qualquer comportamento que envolva ameaças, boatos, ataques físicos ou a exclusão forçada de uma atividade ou de um grupo, quer no mundo “real” ou no mundo virtual (Barros et al., 2009).

De acordo com os dados nacionais resultantes do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em 2018, observou-se que 9,2% das crianças e adolescentes portugueses em idade escolar estiveram envolvidos (até uma vez por semana), na condição de agressores/bullies em situações de *Bullying*. No papel oposto, 15,9% assumiram uma posição de vítimas de *Bullying* (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Com base num estudo comparativo realizado em 28 países europeus, Due et al. (2005) defendem que a prevalência do *Bullying* tende a sofrer um decréscimo à medida que a idade avança (Matos et al., 2015). Por isso, ainda que estes comportamentos de violência possam ocorrer durante a infância, o *Bullying* apresenta uma maior prevalência durante o 3º ciclo (12-15 anos) e tende a diminuir no final do secundário (Hymel & Swearer, 2015). Segundo Carvalho et al. (2019), os rapazes envolvem-se, mais frequentemente, na condição de agressor/bullie ou de vítima agressora e as raparigas na condição de vítima, manifestando, comparativamente com o sexo oposto, mais sintomas emocionais, como medo, tristeza e angústia.

Neste sentido, têm sido realizados diversos estudos para aferir as consequências físicas e psicológicas nos envolvidos (vítima, agressor e observador) (Oliveira et al., 2018; Rigby, 2003; Savahl et al., 2019; Vanderbilt & Augustyn, 2010). Estudos recentes sugerem que a violência escolar está relacionada com possíveis alterações ao nível da qualidade do sono e ao nível do desempenho escolar (Al-Raqad et al., 2017; Donoghue & Meltzer, 2018; Hysing et al., 2019; PC & Madhavan, 2018; Van Geel et al., 2016; Zalba et al., 2018).

O desempenho escolar pode ser definido segundo o Programa Internacional de Avaliação do Desempenho Escolar dos Alunos (PISA) como a “capacidade de os alunos aplicarem conhecimentos e habilidades em assuntos-chave e de analisar, raciocinar e comunicar-se de maneira eficaz à medida que identificam, interpretam e resolvem problemas numa variedade de situações”, ou seja, o desempenho escolar é o produto resultante das competências escolares das crianças, no momento em que são avaliadas nos vários domínios de aprendizagem (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OECD], 2016, p. 13). Dado que o desempenho escolar é uma componente basilar da vida dos jovens, e é um fator chave no seu desenvolvimento futuro, é importante estudar o impacto do *Bullying* no seu desempenho na escola (Karande & Kulkarni, 2005).

Alguns estudos sugerem uma associação negativa entre o envolvimento em comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar (Paul & Cillessen, 2003; Riffle et al., 2021). Um estudo recente realizado por Riffle et al. (2021) que envolveu 7.794 alunos identificou uma relação entre os comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar, ou seja,

quanto mais envolvidos estiverem neste tipo de comportamentos, menor será o seu desempenho escolar (Feldman et al., 2014; Glew et al., 2005). Outro estudo desenvolvido em Portugal por Costa e Pereira (2010) composto por uma amostra de 3.891 alunos com idades que variavam entre 5 e 16 anos demonstrou que as crianças que apresentavam insucesso escolar tinham também uma maior ligação a situações de violência (nos papéis de vítima e agressor), comparativamente, com as crianças que apresentavam sucesso escolar.

Do mesmo modo a qualidade do sono, pode também ela sofrer alterações como consequência da violência escolar (Al-Raqquad et al., 2017; Donoghue & Meltzer, 2018; Hysing et al., 2019; PC & Madhavan, 2018; Van Geel et al., 2016; Zalba et al., 2018). O sono é uma função fisiológica básica, complexa e dinâmica e uma necessidade biológica de elevada importância para o ser humano. Traduz-se por um período cíclico e reversível de transformação do estado de consciência e da resposta a estímulos ambientais (Carskadon & Dement, 2005; Kryger et al., 2005). Apresenta uma grande variabilidade interindividual e ao longo da vida. O sono suficiente não se mede em horas absolutas, mas sim na percepção subjetiva de o indivíduo acordar repousado ou estabelecido, não existindo uma definição de “sono normal”. Como tal, as alterações do sono tornam-se difíceis de definir e medir (Kryger et al., 2005). De acordo com Sánchez-Planell e Lorán (2011 citado por Saraiva & Cerejeira, 2014, p. 325) “o sono é uma condição fisiológica da atividade cerebral, periódica, caracterizada por uma modificação do estado de consciência e uma redução da sensibilidade a estímulos ambientais, acompanhada por características motoras, posturais e vegetativas próprias”.

Segundo os trabalhos desenvolvidos por Bathony e Suzy (2017), o sono tem uma função primordial no crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Para Blunden e Galland (2014) determinar o padrão de sono adequado nas crianças é um desafio, dado que envolve múltiplas características fisiológicas, psicológicas e neuropsicológicas que variam de criança para criança. O sono inclui dois elementos principais: a qualidade e a quantidade que devem ser garantidas e mantidas por meio de práticas adequadas de higiene do sono, ajustadas à idade das crianças (Bruni & Novelli, 2010; Dewald et al., 2010).

Na literatura não existe uma definição consensual para a qualidade do sono, pois esta inclui características tanto objetivas quanto subjetivas. As características mais objetivas dizem respeito à durabilidade e à latência do sono e à repetição de despertares, ao passo que as características mais subjetivas dizem respeito à análise de quão profundo e repousante é o sono (Buysse et al., 1989). A forma de experienciar o sono, o descanso efetivo, a atenção durante o dia, o número de despertares noturnos e o bem-estar geral com o próprio sono definem o que se denomina como qualidade do sono (Harvey et al., 2008; Pilcher et al., 1997), ao passo que a

quantidade ou durabilidade do sono é uma componente mais objetiva, que engloba o período em que o indivíduo está a dormir (Dewald et al., 2010).

Para promover uma boa qualidade do sono é fundamental implementar boas práticas de higiene do sono, que passam por ajustes no ambiente, nas rotinas e nas atitudes dos pais e cuidadores, com o objetivo de ajudar as crianças a dormir melhor (Bruni & Novelli, 2010). Neste contexto, um estudo desenvolvido por Agostini et al. (2019), que envolveu 27.208 jovens com idades entre os 9,7 e os 17,7 anos, destacou o impacto negativo do *Bullying* ao nível da saúde e do sono dos jovens. O estudo revelou uma associação entre o *Bullying* e horários de deitar mais tarde, além de uma pior qualidade subjetiva do sono. A alteração destes padrões de sono levou ao aumento de sentimentos de tristeza, ansiedade e pior desempenho da saúde física. Posto isto, o impacto do *Bullying* na saúde dos jovens pode ser parcialmente explicado pela forma como este afeta o sono.

Reconhecendo a importância do sono na saúde infantil, torna-se fundamental compreender a fisiologia, a arquitetura e a regulação do ritmo sono-vigília nas crianças. As perturbações do sono, para além da sua elevada prevalência, apresentam manifestações clínicas que podem ter repercussões negativas nas funções cognitivas, emocionais e comportamentais do indivíduo, afetando as suas relações sociais e o seu desempenho escolar com elevado prejuízo no seu funcionamento global (Saraiva & Cerejeira, 2014).

Neste contexto, é por isso, essencial perceber que as perturbações do sono também podem estar relacionadas com outros fatores externos, como o *Bullying*, que podem agravar estas perturbações e comprometer ainda mais o desempenho escolar das crianças. Os comportamentos de *Bullying*, o sono e o desempenho escolar estão interligados, e como tal, é pertinente analisar as relações existentes entre si de modo a aumentar o conhecimento relativamente a três desafios contemporâneos da atualidade: a prevalência e o aumento crescente da prática de comportamentos de *Bullying* nas escolas, a influência negativa das perturbações do sono e o consequente declínio do desempenho escolar numa população vulnerável às suas consequências, a curto e a longo prazo.

Para essa finalidade a presente investigação, desenvolvida no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e de Aconselhamento, tem como objetivo geral verificar se o envolvimento em comportamentos de *Bullying* (como agressor, vítima ou observador), afeta a qualidade do sono e o desempenho escolar, em alunos do 1º ciclo do ensino básico (crianças em idade escolar) em Portugal. E como objetivos específicos: (1) Aferir o desempenho escolar das crianças que compõem a amostra; (2) Descrever os hábitos de sono das crianças que compõem a amostra; (3) Caracterizar os alunos envolvidos em comportamentos de *Bullying*

quer como agressores, vítimas ou observadores quanto à qualidade do sono; (4) Verificar se existem alterações da qualidade do sono relacionadas com comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola e (5) Verificar se existem alterações do desempenho escolar relacionadas com comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola. Partindo destes objetivos pretende-se responder à seguinte questão de investigação: Será que existe influência do *Bullying* na qualidade do sono e no desempenho escolar de crianças em idade escolar?

Este é um estudo quantitativo de carácter transversal que incluiu uma amostra por conveniência de 71 crianças, com idades compreendidas entre 7 e 10 anos ($M = 8,62$; $DP = 1,047$) que frequentavam o 2º, 3º e 4º anos, e os respetivos professores. Para alcançar os objetivos propostos foram definidos os seguintes instrumentos de autorrelato: (a) Questionário Sociodemográfico: para recolher informações sobre as características sociodemográficas e o desempenho escolar (Anexo B); (b) Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE): para avaliar o tipo e grau de envolvimento em comportamentos de *Bullying* (Anexo C); (c) Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI): para avaliar a qualidade e os padrões de sono (Anexo D); (d) Questionário “Mini Classificação do Desempenho Escolar para Professores”: para avaliar o desempenho escolar de cada aluno (Anexo E). A presente investigação seguiu as normas da American Psychological Association (7th ed.) (APA, 2020).

Finalmente, o presente trabalho será dividido em quatro partes. A primeira parte será composta pelo enquadramento teórico (revisão da literatura), pela pertinência do estudo e definição do problema e pelos objetivos da investigação (gerais e específicos). A revisão da literatura irá incidir em quatro temáticas principais: Terceira Infância, *Bullying*, Sono e Desempenho Escolar respetivamente. Na segunda parte será apresentada a metodologia do presente estudo, que inclui: a apresentação do delineamento da investigação, a operacionalização de variáveis, a identificação das hipóteses de investigação, a caracterização dos participantes e da amostra, a explicação dos instrumentos utilizados e, por fim, a especificação dos procedimentos adotados na recolha de dados, no decorrer do estudo. A terceira parte será composta pela apresentação, análise e discussão dos resultados. Nesta secção inclui-se os resultados descritivos da amostra, os resultados obtidos relativamente às variáveis em estudo, e também as correlações existentes entre si, tendo como base as hipóteses previamente formuladas. Por último, serão ainda discutidos os resultados obtidos. Por fim, a quarta parte será destinada à discussão final dos resultados e às conclusões gerais,

nomeadamente limitações decorrentes da presente investigação e ainda propostas para possíveis investigações futuras.

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 | Terceira Infância

Neste capítulo será explorada a temática da terceira infância, tendo em conta os aspetos principais característicos desta fase. Visar-se-á compreender o que é a terceira infância; o que engloba; quais os seus processos inerentes e de que forma se refletem as mudanças típicas desta fase, mais especificamente qual o seu impacto na sua vida. As variadas e rápidas alterações ao nível do desenvolvimento dos campos: físico, psicológico, cognitivo, emocional, comportamental e social serão igualmente alvo de análise. Serão também explorados aspetos como o desempenho escolar e ainda o papel e a importância das relações e das interações interpessoais que acontecem na escola. Por fim, serão discutidos aspetos relacionados com: a construção da identidade, o autoconceito, a autoestima e o egocentrismo específicos desta fase; e por último, o surgimento de conflitos com os pares no meio escolar.

1.1. Desenvolvimento na Terceira Infância vs. Terceira Infância e a Escola

A terceira infância é uma fase de transformação e modificação compreendida entre os 6 e os 12 anos de idade, e representa uma etapa marcante da vida. Este período é também conhecido como "anos escolares", uma vez que a escola se torna a experiência central nesta fase (Piovesan et al., 2018; Richter et al., 2019). A terceira infância é uma etapa de transição entre a segunda infância e a adolescência e um período de evolução, no qual ocorrem diversas e rápidas alterações ao nível do desenvolvimento dos campos: físico, mental, psicológico, cognitivo, emocional, comportamental e social devido às interações interpessoais que ocorrem na escola. Neste período, ocorrem igualmente alterações e transformações na estrutura e no funcionamento cerebral que suportam os avanços cognitivos (Gonçalves, 2016; Oberle & Schonert-Reichel, 2017; Piovesan et al., 2018).

Uma nutrição apropriada e um sono adequado são fundamentais e imprescindíveis para um crescimento saudável e para uma saúde ideal (Hale & Guan, 2015; Papalia et al., 2000). Consoante as crianças começam a crescer a sua necessidade de dormir tende a diminuir. Neste sentido, o número de horas de sono diminui de sensivelmente 11 horas por dia aos 5 anos de idade, para cerca de 10 horas aos 9 anos de idade e de 9 horas aos 13 anos de idade (Hale & Guan, 2015; Papalia et al., 2000). É também durante esta fase que começam a surgir os problemas de sono, nomeadamente a resistência em dormir, a insónia e a sonolência diurna, muito frequentes nestas idades, em parte porque muitas crianças começam a estabelecer os seus próprios horários. Por outro lado, os aparelhos eletrónicos no quarto como a televisão ou o telemóvel podem ter também eles influência no sono (Hale & Guan, 2015; Papalia et al., 2000).

O desenvolvimento físico tende a ser mais demorado na terceira infância em comparação com os anos anteriores. Tipicamente, no início desta fase os rapazes são maiores do que as raparigas, contudo, estas tendem a ser maiores no final desta fase devido ao crescimento típico da adolescência (Fan & Zhang, 2020; Papalia et al., 2000). Em virtude do avanço ao nível do desenvolvimento motor, rapazes e raparigas começam a investir numa vasta diversidade de atividades motoras. As atividades informais permitem o desenvolvimento das habilidades físicas e sociais. As crianças desenvolvem assim maiores competências em todos os campos (Costa et al., 2020; Gallahue, 2002; Papalia et al., 2000). Adicionalmente, a criança começa a envolver-se mais a nível social e a adquirir capacidades mais complexas em todos os domínios, nomeadamente habilidades físicas necessárias para participar em jogos e desportos em equipa. Tipicamente os jogos dos rapazes são mais físicos e os das raparigas mais verbais, sendo que em muitos casos, as crianças, especialmente os rapazes, tendem a investir em desportos organizados e competitivos (Costa et al., 2020; Gallahue, 2002; Papalia et al., 2000).

Ao nível cognitivo, ocorre um crescimento que proporciona à criança o desenvolvimento de conceitos mais complexos e a aquisição de compreensão e controle emocional. É também neste período que as crianças aprendem habilidades valorizadas na sociedade, como por exemplo: ler, escrever, fazer contas, usar computadores entre outros. As crianças começam a desenvolver o pensamento lógico e criativo e o julgamento moral. Nesta fase, conseguem concentrar-se por períodos mais longos de tempo em comparação com crianças mais novas, e têm a capacidade de se focar nas informações que desejam, filtrando informações irrelevantes (Abroto et al., 2022; Papalia et al., 2000; Van Der Leij et al., 2022).

Durante este período ocorre também o aperfeiçoamento da memória devido à diminuição do tempo para processar as informações e ao aumento da capacidade de atenção e memória de curto prazo. Além disso, a compreensão da sintaxe torna-se cada vez mais complexa e os processos de comunicação otimizam-se devido à interação com os colegas (Demetriou et al., 2018; Fidalgo, 2022; Li & Lerner, 2013; Papalia et al., 2000). A criança desenvolve ainda uma noção de autoconceito, o que estimula a formação de sistemas representacionais mais equilibrados e realistas. O terceiro estágio do desenvolvimento do autoconceito é alcançado por volta dos 7/8 anos de idade. Nesse período, as apreciações sobre si próprias transformam-se tornando-se mais conscientes, realistas, equilibradas e abrangentes, conforme as crianças começam a formar os seus sistemas representativos, isto é, autoconceitos vastos e abrangentes que compõem uma diversidade de aspetos da sua identidade (Demetriou et al., 2018; Fidalgo, 2022; Li & Lerner, 2013; Papalia et al., 2000).

Considerando os estágios de desenvolvimento cognitivo de Piaget (1976), entre os 7 e os 12 anos de idade, as crianças alcançam o estágio operatório-concreto, que se caracteriza pela utilização de operações mentais para a resolução de problemas concretos/reaís. As crianças começam a ter pensamento lógico porque conseguem pôr em perspectiva vários aspetos de uma situação, contudo, o pensamento abstrato está ainda em desenvolvimento e pode ser mais difícil para elas compreender conceitos que não são concretos ou tangíveis. No decorrer deste estágio a maneira de pensar e o raciocínio são ainda amplamente limitados a situações reais no aqui e no agora (Schffer, 2022; Schirmann et al., 2019).

Durante o estágio operatório-concreto, em comparação com o estágio pré-operatório (Piaget, 1976), as crianças tendem a ser menos egocêntricas do que anteriormente e mais competentes, nomeadamente para tarefas que requeiram raciocínio lógico, tais como relações espaciais, causais, indutivas e dedutivas, e de categorização, conservação e numéricas. O mesmo autor refere ainda que a transformação e transição do pensamento rígido e ilógico das crianças menores para o raciocínio flexível e lógico das crianças com mais idade resulta e advém simultaneamente do crescimento neurológico e das experiências de adequação e ajuste ao ambiente (Piaget, 1976). O desenvolvimento neurológico, a cultura e a escolaridade contribuem assim deste modo, para o desenvolvimento das aptidões piagetianas. De acordo com Piaget (1976), o desenvolvimento moral está relacionado com o amadurecimento cognitivo e desenvolve-se em três estágios, conforme as crianças mudam de um pensamento mais rígido para um mais flexível (Schffer, 2022; Schirmann et al., 2019).

No decurso dos anos escolares, as crianças têm uma evolução contínua nas capacidades de focar e sustentar a atenção, assimilar e processar informações, e organizar e supervisionar as suas próprias ações. Todos esses avanços contribuem para desenvolver a função executiva, controlar de forma consciente os pensamentos, sentimentos e comportamentos, de modo a atingir os seus propósitos ou solucionar problemas (Bartoszeck, 2006; Lemerise & Arsenio, 2000; Papalia et al., 2000). Conforme a sua aprendizagem e compreensão aumentam, as crianças tendem a tornar-se mais conscientes das categorias de informação importantes às quais devem prestar mais atenção e ao mesmo tempo lembrar. Tipicamente as crianças em idade escolar compreendem igualmente mais sobre o funcionamento da memória, o que lhes permite planear e recorrer a estratégias ou técnicas deliberadas, que as vão ajudar a recordá-las. Assim, as habilidades executivas, a velocidade de processamento, o tempo de reação, a atenção direcionada, a meta-memória e o uso de técnicas de mnemónicas tendem a melhorar durante os anos escolares (Bartoszeck, 2006; Huizinga et al., 2018; Papalia et al., 2000).

Adicionalmente, o desenvolvimento progressivo da função executiva da primeira infância até à adolescência ocorre simultaneamente com o desenvolvimento do cérebro, em particular do córtex pré-frontal, uma região que permite à criança planejar, julgar e decidir (Papalia et al., 2000; Rego, 2017). As áreas responsáveis pela linguagem continuam também elas a desenvolver-se durante a terceira infância. Nesta idade as crianças têm mais facilidade em compreender e interpretar comunicações verbais e escritas, e conseguem expressar melhor aquilo que querem transmitir (Huizinga et al., 2018; Rego, 2017). Esta é uma tarefa especialmente desafiadora principalmente para crianças que desconhecem a língua local.

Nos primeiros anos escolares, as experiências vividas pelas crianças são cruciais para a criação e consolidação de um suporte sólido que será determinante para o futuro sucesso ou insucesso escolar da criança. Dado que o conhecimento adquirido na escola é cumulativo, o suporte construído neste período é decisivo (Papalia et al., 2000). Para ter um bom desempenho escolar, é crucial que a criança esteja também ela envolvida e integrada com as dinâmicas na sala de aula. Aspetos como, o interesse, a atenção e a participação ativa estão positivamente associados à pontuação alcançada em provas de desempenho e sobretudo com a avaliação dos respetivos professores (Papalia et al., 2000). Segundo a teoria bio-ecológica de Bronfenbrenner (1999), psicólogo americano nascido na Rússia, o desempenho escolar é influenciado não apenas pelas características individuais da criança, mas também pelos diferentes níveis do contexto da sua vida como: a família, a sala de aula, os amigos e a cultura em geral. A autoconfiança das crianças, a aceitação pelos pares e a dimensão da turma são outros fatores que podem afetar igualmente a aprendizagem e subsequentemente, o desempenho escolar (Papalia et al., 2000).

No que diz respeito aos aspetos psicossociais, a autoestima está relacionada com aspetos cognitivos, emocionais, sociais e da personalidade. Como tal, a autoestima depende do quanto a criança acredita ser competente e do apoio social que recebe. Conforme as crianças vão crescendo, começam naturalmente a ter a tendência para se tornarem mais conscientes das suas próprias emoções e dos sentimentos dos outros (Brackett et al., 2019; Papalia et al., 2000; Verissimo, 2002). Estão também mais capacitadas ao nível do regulamento ou controlo das suas emoções e da resposta ao sofrimento emocional alheio. Nesta fase, o meio social é uma forte influência nos relacionamentos da criança e nos papéis familiares. Embora o relacionamento com os pais continue a ser o mais importante, nesta fase, a criança passa menos tempo com estes e mais tempo com os seus pares (Brackett et al., 2019; Papalia et al., 2000; Verissimo, 2002).

Os grupos de pares surgem de forma espontânea e natural, geralmente entre crianças que vivem próximas ou que vão juntas para a escola. Habitualmente são formados por crianças da mesma idade, sexo, etnia e nível socioeconômico semelhante, e normalmente desempenham diversas funções, como o desenvolvimento de habilidades sociais, noção de pertença e fortalecimento do autoconceito (Arezes, 2013; Emídio et al., 2008; Papalia et al., 2000). Nesta fase, os laços afetivos com amigos, vizinhos e colegas intensificam-se, formando-se grupos distintos, rapazes de um lado e raparigas do outro. É um momento sensível às críticas e à criação de expectativas, e por qualquer motivo, a criança pode sentir momentos de incompreensão e frustração (Arezes, 2013; Emídio et al., 2008; Papalia et al., 2000). A popularidade torna-se mais significativa e relevante nesta fase. As crianças em idade escolar que são populares e cujos colegas preferem e elogiam estão mais predispostas a estar mais ajustadas quando se tornam adolescentes. Aquelas que não são aceites e acolhidas pelos seus pares ou que são muito violentas e agressivas têm uma maior tendência de vir a apresentar problemas psicológicos, tais como: o abandono escolar ou a delinquência (Arezes, 2013; Emídio et al., 2008; Papalia et al., 2000).

Segundo Erikson (1982), nesta fase as crianças estão no quarto estágio do desenvolvimento psicossocial diligência versus inferioridade. O brincar cede espaço aos interesses por novas aquisições, como o uso e o conhecimento de instrumentos e máquinas que as preparam para o mundo adulto (Erikson, 1982). As fantasias diminuem e passam a dedicar-se à educação formal. Uma resolução bem-sucedida nesta fase é a competência, uma vez que a criança sente que consegue realizar tarefas e desenvolver certas habilidades (Erikson, 1982). O perigo deste estágio é a criança desenvolver um senso de inferioridade se for incapaz de dominar as tarefas que iniciou. Deste modo, um dos principais determinantes da autoestima é a própria visão que a criança tem da sua capacidade para realizar trabalho produtivo. Neste sentido, se as crianças se sentem inadequadas de alguma forma, em comparação com os seus pares, por consequência elas têm a tendência para se retrair para o ambiente protetor da família. Em contrapartida, se elas se tornam cuidadosas em demasia, podem descuidar as relações sociais e tornarem-se viciadas em trabalho (Munley, 1977; Orenstein & Lewis, 2021). Os pais têm assim, um grande impacto ao nível das crenças de uma criança sobre a sua própria competência.

Ainda segundo Erikson (1982), é sensivelmente aos 7/8 anos de idade que as crianças se começam a aperceber e a ter consciência de que têm sentimentos como vergonha e orgulho, e adquirem uma conceção mais concreta da distinção entre estes dois sentimentos. Essas emoções afetam a opinião que elas têm de si próprias. Adicionalmente, adquirem também a capacidade de verbalizar e expressar emoções conflituosas de forma mais perceptível. Nesta fase, as

crianças têm uma compreensão e uma noção mais ampla e completa das regras da sua cultura para uma manifestação e exteriorização emocional aceitável (Munley, 1977; Orenstein & Lewis, 2021). Aprendem também quais as situações que tendem a originar emoções como: raiva, medo ou tristeza e como os outros tendem a reagir à exteriorização dessas mesmas emoções, bem como a dar resposta baseando-se nas circunstâncias. Nos momentos em que os pais expressam como resposta discórdia, reprovação ou castigo, surgem tendencialmente emoções mais intensas como a raiva e o medo que podem afetar negativamente o ajustamento social da criança e, conseqüentemente, ela tornar-se-á mais reservada ou mais ansiosa relativamente a sentimentos negativos. Conforme a criança tende a aproximar-se do início da adolescência, a incompreensão, a impaciência e a exigência parental para com as emoções negativas poderá impulsionar e acentuar os conflitos entre pais e filhos (Munley, 1977; Orenstein & Lewis, 2021). Paralelamente, surgem igualmente os conflitos com os pares no meio escolar.

Tipicamente, durante os primeiros anos de escola, a agressividade nas crianças tem tendência a diminuir e a sofrer alterações. A partir dos 6/7 anos de idade, a generalidade das crianças tende a tornar-se menos agressiva, conforme começa a desenvolver maior empatia, cooperação e capacidade comunicativa, deixando de ser tão egocêntricas (Papalia et al., 2000). Desta forma, torna-se possível colocarem-se no lugar dos outros, compreenderem as suas motivações e encontrarem formas positivas de se expressarem. Assim de um modo geral, conforme a agressividade decresce, a agressão hostil, cujo objetivo é ferir outra pessoa, aumenta proporcionalmente, em termos de repetição, adquirindo a forma verbal em vez de física. Os rapazes continuam a utilizar a agressão direta enquanto as raparigas estão cada vez mais predispostas a utilizar a agressão social ou indireta (Melim & Pereira, 2013; Papalia et al., 2000; Silva, 2016).

Algumas crianças não aprendem a controlar a agressão física. Essas crianças tendem a adquirir problemas a nível social e psicológico, mas não está confirmado se a agressão origina esses problemas ou é uma consequência deles, ou ambas as coisas. Crianças altamente agressivas têm tendência a incentivar-se de forma mútua para a prática de ações antissociais. Assim, os rapazes em idade escolar que a nível físico tendem a ser agressivos podem vir a ser delinquentes na adolescência. Tipicamente os rapazes que praticam agressão física e as raparigas que praticam agressão social como falar pelas costas ou excluir socialmente alguém, são vistos como os mais populares numa sala de aula, apesar de serem rejeitados (Monteiro & Asinelli-Luz, 2020; Papalia et al., 2000; Silva et al., 2015).

Esta é uma fase crucial do desenvolvimento da criança, fortemente influenciada pela cultura e pelo acesso às novas tecnologias, que podem afetar o desenvolvimento saudável da criança (Faria et al., 2018; Gonçalves, 2012; Moran, 2000; T. A. S. Santos et al., 2020; Taborda,

2019). Nesta fase, a criança começa a desenvolver uma compreensão mais complexa do mundo ao seu redor, uma maior capacidade de pensamento e um senso mais apurado de identidade e autoestima. É na terceira infância que começa, assim, a construção da sua identidade pessoal, observando-se uma decisiva modificação de pensamentos, emoções e do próprio corpo (Vaz & Moreira, 2022). No entanto, inerente a esta fase surgem grandes desafios, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento social e emocional da criança. A pressão dos pares e o desejo de pertencer a um grupo podem levar a sentimentos de exclusão, isolamento e baixa autoestima, especialmente se a criança enfrentar dificuldades nas suas tarefas ou habilidades sociais. Nestes casos, é importante fornecer um ambiente de apoio social e emocional à criança. Ademais, e como referido anteriormente, as novas tecnologias também desempenham um papel importante nesta fase (Faria et al., 2018; Gonçalves, 2012; T. A. S. Santos et al., 2020; Taborda, 2019). A exposição a jogos violentos, imagens sexualizadas e conteúdo adulto pode ter um impacto negativo no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança. É por isso fundamental que os pais estejam atentos ao uso que os seus filhos fazem das novas tecnologias e lhes forneçam orientação adequada relativamente à sua utilização (Carmo, 2021; Ferreira, 2006).

Em suma, neste período do desenvolvimento, o contexto escolar é assim deste modo cenário da construção da personalidade, que é afetada pelas relações interpessoais e relacionais aí estabelecidas, e no qual se vivenciam em muitos casos experiências significativas de rejeição e apreensão (Amado & Freire, 2002). Os amigos exercem, assim, um papel crucial ao nível do desenvolvimento de habilidades sociais e da noção de pertença (Alves, 2006; Piovesan et al., 2018). No entanto, a criança pode sentir momentos de incompreensão e tristeza, especialmente se for incapaz de dominar as tarefas iniciadas. É por isso, fundamental, que a criança receba apoio social e emocional e desenvolva a autoestima para enfrentar os desafios que surgem nesta fase, e que a irá preparar para a vida adulta. A escola é por isso, uma dimensão de uma influência e relevância vital e essencial ao longo de todo o processo de desenvolvimento da criança, dado que contém a particularidade de ser uma simulação da vida (Althof & Berkowitz, 2006; Kisby & Sloam, 2009; Nogueira, 2015; Rachmadtullah et al., 2020). É um lugar de socialização por excelência, onde a criança começa a construir a sua identidade, e a tornar-se um elemento constituinte do seu grupo de pares e a enfrentar diferentes situações de competitividade, hostilidade, oposição, inveja e partilha, isto é, uma reprodução do sistema social. Por essa razão, é crucial que tanto os pais como cuidadores e professores estejam vigilantes relativamente ao desenvolvimento da criança e forneçam um ambiente de apoio adequado para que ela se possa desenvolver de forma saudável e positiva (Sujarwo et al., 2021; Waluyandi et al., 2020).

Capítulo 2 | *Bullying*

Neste capítulo será analisado o fenômeno do *Bullying*, atendendo ao seu funcionamento e impacto nas relações interpessoais. Visar-se-á entender e caracterizar este fenômeno, contextualizar o seu aparecimento, descrever o perfil dos intervenientes e perceber quais as suas causas assim como possíveis consequências e ainda, analisar de que forma poderemos prevenir a ocorrência deste tipo de comportamento.

2.1. Conceito de *Bullying*

O *Bullying* escolar é um tema que tem vindo a despertar o interesse da sociedade em geral. Atualmente este fenômeno é reconhecidamente uma realidade complexa, com graves e assumidos impactos a nível da saúde física, psicológica e social das crianças e adolescentes (Bauman et al., 2013; Carvalho et al., 2021; Tokunaga, 2010). O *Bullying* tem sido por isso, alvo de vários estudos e, embora sejam diversas as definições aplicadas, aparentemente existe uma concordância relativa ao seu conceito principal. A definição mais aplicada foi a proposta por Dan Olweus, um investigador pioneiro nesta área (Carvalho et al., 2021; Hase et al., 2015; Zych et al., 2015).

O fenômeno do *Bullying* começou a ser estudado em 1970, pelo psicólogo sueco Dan Olweus que conceptualizou o conceito de *Bullying*, dando início ao primeiro estudo sobre o tema nas escolas suecas e norueguesas, desenvolvendo o “Olweus *Bullying*”, um programa de prevenção que ainda hoje é utilizado nas instituições de ensino. Os estudos realizados por este autor, nos recintos de diversas escolas chamaram a atenção da comunidade europeia e mundial para este fenômeno. O autor constatou que 15% dos alunos entre os 7 e os 16 anos estavam envolvidos em comportamentos de *Bullying*, dos quais 9% vítimas e 7% agressores (Olweus & Limber, 2010; Olweus, 1997). Dan Olweus foi o primeiro a distinguir o *Bullying* dos atos simples de agressividade entre estudantes. Esta distinção contribuiu fortemente, para que o *Bullying* passasse a ser considerado um problema sério, e deixasse de ser justificado como uma simples forma lúdica entre crianças. Fante (2005) defende igualmente que o *Bullying* é uma manifestação subtil sob a forma de brincadeiras, agressões verbais e físicas. Todavia, e segundo este autor trata-se de um comportamento intencional, existindo uma motivação escondida para o uso de atitudes agressivas (sob variadas formas), dirigidas constantemente à mesma pessoa.

Segundo Dan Olweus (1996, 1997), este fenômeno pode ser definido como uma série de ações negativas com o propósito de afetar e perturbar o outro, que incluem abuso de poder de forma sistemática e são realizadas constantemente, por um ou mais indivíduos, ou seja, é um

padrão de comportamento violento e deliberado, perpetuado no tempo ao nível das relações interpessoais, e que se caracteriza por um desequilíbrio de poder. A maioria dos investigadores está de acordo relativamente ao *Bullying* ser uma forma de afirmação de poder interpessoal através da agressão, isto é, inclui a agressão intencional sem provocação prévia e discrepância de poder entre a vítima e o agressor (Finkelhor et al., 2012; Gladden et al., 2014; Teasley & Nevarez, 2016). Para Silva (2018), este é um fenómeno que ocorre quando uma determinada pessoa atormenta, incomoda ou persegue uma outra pessoa que não se consegue defender. E segundo o autor, este tipo de comportamento pode ser praticado por uma só pessoa ou por um conjunto de indivíduos (grupo). Segundo Melin e Pereira (2016, p. 179) trata-se de uma:

agressão entre jovens, intencional e frequente, capaz de causar danos ou magoar, tais como: ameaçar, chantagear, chamar nomes, gozar, levantar falsos testemunhos, contar segredos, praxar de forma violenta, pôr de parte um(a) colega, ignorá-lo(a), bater, empurrar e tirar objetos de valor.

Para Barros et al. (2009), o *Bullying* inclui qualquer comportamento que envolva ameaças, boatos, ataques físicos ou a exclusão forçada de uma atividade ou de um grupo, quer no mundo “real” ou no mundo virtual. De acordo com o APA Dictionary of Psychology, é um “comportamento ameaçador e agressivo persistente direcionado às pessoas, especialmente aqueles que são menores ou mais fracos” (Vandebos, 2007, p. 139).

Contudo, existem outras noções de *Bullying*, bem como outras formas de o compreender (Smith et al., 2002). Ross (2003) defende uma alteração da conceção original de Olweus, contestando a componente repetição e argumentando que a compreensão da criança a respeito de ter sofrido ou não de *Bullying* deve ser tida em consideração, quer a agressão tenha ocorrido uma ou mais vezes. De um modo similar, Arora (2014) argumenta que é mais relevante ter em consideração as consequências a longo-prazo sentidas pela vítima do que o elemento repetição, dado que a vítima pode vivenciar um trauma emocional depois de uma agressão isolada.

Consequentemente, Gladden et al. (2014) elaboraram uma nova conceção de *Bullying* com base na conceção original de Olweus, na qual englobaram outros pontos de vista relevantes salientados por outros investigadores. Deste modo, este fenómeno pode igualmente ser definido como um ou vários comportamentos agressivos hostis, executados por uma pessoa ou um grupo de pessoas, que não são irmãos nem parceiros românticos. Estes comportamentos são realizados repetidamente ou existe a possibilidade de virem a ser repetidos, e incluem uma desigualdade de poder visualizada ou percebida. Adicionalmente, podem submeter e sujeitar a pessoa alvo a danos ou sofrimento englobando danos físicos, psicológicos, sociais ou educacionais. Este estudo seguiu a definição de Melin e Pereira (2016) por ser consensual e recente.

Uma tradução literal do termo anglo-saxónico “*Bullying*” para o português não é viável, dado que o vocábulo não consta no léxico da língua portuguesa. Contudo, o significado deste conceito pode ser enunciado por expressões equivalentes, tais como “vítimar”, “intimidar”, “abusar dos colegas” e “violência na escola” (Almeida, 2011).

2.2. Diferentes Formas e Tipos de Comportamentos *Bullying*

O *Bullying* pode ser classificado conforme o modo de expressão e o tipo de agressão (forma de agressão). No que se refere à forma de expressão, o *Bullying* pode assumir uma forma direta, através de comportamentos violentos observáveis a nível físico e/ou verbal, isto é, envolve um ataque evidente a uma vítima; e/ou indireta, através da exclusão intencional da vítima de um grupo ou de uma atividade, ou ainda fazer com que outro exerça violência em seu nome, ou seja, relaciona-se com o isolamento social e com a exclusão de um grupo (Olweus, 1996, 1997). Olweus foi o primeiro autor a propor esta distinção entre o *Bullying* “direto” e o *Bullying* “indireto”.

Relativamente aos tipos de agressão, existem divergências, visões e pontos de vista distintos entre os vários autores. Carvalhosa (2007) e Forlim et al. (2014) defendem que o *Bullying* pode ser verbal/psicológico, físico e/ou sexual. Em compensação, Martins e Chicote (2009) não têm em conta o *Bullying* sexual, adicionando o *Bullying* social. Salmivalli et al. (1996) e Wolke et al. (2000), defendem que o *Bullying* pode ser de vários tipos e divide-se em dois grupos fundamentais: físico e direto ou psicológico e indireto. Carvalho e Matos (2016, 2019) e João (2008) referem que o *Bullying* pode ser também ele de vários tipos nomeadamente: físico, verbal, psicológico, relacional/social e sexual. A. J. Santos et al. (2014), aos tipos de demonstração de *Bullying* acima referidas adicionam ainda o *CyberBullying*, que corresponde ao *Bullying* efetuado de forma virtual, através de ferramentas tecnológicas e digitais (como por exemplo: *internet*, telemóveis, redes sociais, entre outras).

Segundo Sullivan (2011),

o *Bullying* físico é perceptível, facilmente identificável e provoca efeitos negativos visíveis. Este tipo de *Bullying* inclui comportamentos como morder, sufocar, puxar o cabelo, bater, dar murros, dar pontapés, beliscar, empurrar, arranhar, cuspir, perseguir, trancar numa sala ou qualquer outra forma de ataque físico e/ou intimidação. Também inclui causar danos na propriedade de outrem.

O *Bullying* psicológico normalmente é mais complexo de identificar e descobrir, visto que os efeitos negativos que origina não são facilmente visíveis nem observáveis, sendo por

essa razão, classificado como menos grave em comparação com o *Bullying* físico (Sullivan, 2011). Porém, vários investigadores, como Goldstein et al. (2008), defendem que o *Bullying* psicológico pode ter consequências tão nefastas e prejudiciais como o *Bullying* físico. Este manifesta-se tanto de forma verbal quanto não-verbal. Na sua vertente verbal, engloba comportamentos como telefonemas ofensivos, exigência de dinheiro sob forma de ameaça, uso de linguagem indecorosa ou ofensiva, proferimento de observações e comentários mordazes, insultos diretos, envio (frequentemente anónimo) de mensagens injuriosas, provocações mal-intencionadas e disseminação de boatos falsos. O *Bullying* psicológico não-verbal pode ser: (a) direto, que é geralmente seguido de *Bullying* físico ou verbal e pode incluir expressões faciais hostis e gestos agressivos, sendo este comportamento reconhecido como um elemento fundamental para fomentar o *Bullying* que já está a acontecer; ou (b) indireto, que é disfarçado e engloba a manipulação social, o afastamento de amigos, e ainda, a exclusão e o isolamento, de forma intencional e recorrente. O *Bullying* realizado com a intenção de deteriorar e quebrar as relações ou o estatuto denomina-se *Bullying* relacional (Leff et al., 2010; Low et al., 2010).

Segundo a perspetiva de Carvalho e Matos (2016, 2019) e João (2008) o *Bullying* pode também manifestar-se através de ações negativas sob variados tipos de agressão (formas de agressão): (a) *Físico*, por exemplo através de agressão, luta, pontapés, extorsão e/ou danos de pertences; (b) *Verbal*, por exemplo através de frases ou alcunhas pejorativas, insultos e/ou calúnias; (c) *Psicológico*, por exemplo através de ameaças, comentários e/ou atos que provoquem mal-estar propositadamente; (d) *Relacional/Social*, por exemplo através de rumores, difamação e/ou exclusão de um grupo; e/ou (e) *Sexual*, por exemplo através de assédio, toques em partes do corpo, comentários e/ou insultos de índole sexual (Carvalho & Matos, 2016, 2019), sendo interrompido no regresso da vítima a casa (Tokunaga, 2010). Destaca-se também que a vítima pode sofrer de vários tipos de *Bullying* simultaneamente e não obrigatoriamente de modo isolado (Almeida, 2011).

Concisamente, o *Bullying* é um comportamento caracterizado por ser agressivo, distinto dos comportamentos praticados por brincadeira visto que engloba um propósito claro de ferir, ofender ou aborrecer o outro. Geralmente, é praticado por crianças mais velhas, com mais força ou poder e em maior número, que se aproveitam e selecionam crianças mais novas, isoladas e mais fracas para serem as suas vítimas (Almeida, 2011). Este fenómeno pode ter repercussões negativas para as vítimas e para os agressores, podendo, em casos de vandalismo, estender-se aos observadores e à comunidade escolar, criando assim um ambiente de insegurança e violência (Falcão, 2021). Seguidamente, pode observar-se na tabela 1 os principais tipos de comportamentos de *Bullying*, bem como, as suas formas de agressão e expressão.

Tabela 1*Diferentes Formas e Tipos de Comportamentos de Bullying*

Forma de Agressão	Expressão	Comportamentos
Física	Direta	Agredir fisicamente através de socos, chutos, estalos, murros, rasteiras, empurrões e sacudidas; praticar violência como puxões de cabelo, beliscões, mordidas, cotoveladas; vandalizar os bens do colega; tirar itens pessoais; cuspir; assediar persistentemente; e bloquear o caminho do colega.
	Indireta	Convidar um colega para atacar outro; ocultar ou roubar pertences dos colegas; partir ou danificar pertences dos colegas.
Verbal	Direta	Ofender; chamar nomes; usar sarcasmo; intimidar com palavras; perturbar ou irritar intencionalmente; proferir observações difamatórias; depreciar; julgar a aparência do colega; discriminar pela raça.
	Indireta	Divulgar boatos e falsidades; escrever recados ou <i>graffits</i> ofensivos; conspirar; denegrir; falar mal do colega às escondidas.
Psicológica	Direta	Chantagear; coagir; ameaçar com gestos; utilizar gestos indecorosos.
	Indireta	Enviar <i>e-mails</i> ofensivos com ameaças; ligar anonimamente com ofensas e intimidações.
Relacional/Social	Direta	Impedir o colega de brincar com os pares; afirmar que não é seu amigo; evitar/ignorar o colega; ameaçar o colega que caso não faça o que pretende, deixa de ser seu amigo.
	Indireta	Isolar alguém do grupo; manipular as relações sociais; persuadir os colegas a ignorar outro; aproximar-se de outro colega por vingança; omitir intencionalmente convites para eventos ou encontros; propagar falsidades sobre alguém para afastá-lo dos demais.
Sexual	Direta	Exposição indevida; observação furtiva; importunação sexual; observações ou afrontas sobre atributos sexuais alheios; troca da identidade sexual do colega; toques ou avanços com conotação sexual.
	Indireta	Divulgar boatos sobre a vida sexual do colega; partilhar opiniões ou fotografias de natureza íntima.

(Carvalho & Matos, 2016, 2019; João, 2008; Olweus, 1996, 1997)

2.3. Perfil dos Intervenientes no *Bullying* – Características dos Agressores/*Bullies*, das Vítimas, das Vítimas-agressoras e dos Observadores

2.3.1. Perfil dos Agressores/*Bullies*

Os agressores também designados *bullies* são indivíduos com força física, caracterizados pela agressividade, impulsividade, baixa empatia, com auto percepção e autoestima elevadas. Geralmente não apresentam sentimentos de culpa e têm dificuldade em resolver conflitos com os outros. Em geral, os rapazes envolvem-se mais frequentemente na condição de agressor. Estes são indivíduos com uma forte necessidade de impor o seu domínio, e com tendência a identificar-se com particularidades e atributos masculinos, e por essa razão sentem a pressão para se resignar, concordar e aceitar comportamentos padrão do seu sexo. Normalmente ambicionam adquirir estatuto social e ser admirados e estimados pelos seus colegas, sendo por isso facilmente manipulados de forma negativa, o que pode consequentemente provocar a exteriorização e a evidenciação de um profundo desrespeito precoce pelas regras sociais e subsequentemente o envolvimento em comportamentos delinquentes manifestando problemas de conduta e consumo de substâncias ilícitas. Normalmente apresentam também comportamentos antissociais e violentos, fora do recinto escolar, estando associados ao consumo de substâncias como álcool e drogas. Acredita-se que pertençam a famílias com uma condição socioeconómica baixa, com clima familiar adverso e supervisão limitada. Frequentemente, estão distanciados tanto da família quanto do ambiente escolar, sobre o qual têm uma percepção desfavorável. Comumente, os agressores exibem uma pronunciada manifestação de atitudes disruptivas e acumulação de problemas emocionais, resultando em múltiplas reclamações de índole física e mental, e, consequentemente, manifestando sintomas de elevada ansiedade e depressão. Adicionalmente, têm percepções desfavoráveis sobre si próprios e convicções pessimistas acerca dos outros. Embora enfrentem obstáculos a nível escolar, é comum que se envolvam em atividades desportivas, tenham uma percepção positiva da sua aparência física e demonstrem habilidades sociais eficazes, e, por essa razão, geralmente estão menos isolados em comparação com as vítimas e, têm mais facilidade em se relacionar com os colegas (Berlan et al., 2010; Carvalhosa et al., 2001; Carvalho et al., 2019; Cook et al., 2010; Hussein, 2013; J. K. Kim et al., 2011; Kubiszewski et al., 2014; Nansel et al., 2001; Navarro et al., 2016; Olweus, 2011; Salmivalli, 2014; Veenstra et al., 2005; Vieno et al., 2011).

2.3.2. Perfil das Vítimas

As vítimas de *Bullying* são indivíduos tendencialmente ansiosos e inseguros, com baixos níveis de autoestima, autoimagem e autoavaliação negativas. De acordo com a literatura as raparigas envolvem-se mais frequentemente na condição de vítimas. É frequente externalizarem os seus comportamentos e internalizarem os sintomas. São caracteristicamente frágeis, vulneráveis, suscetíveis, introvertidos, reservados, e tendem a responder a ofensas com lágrimas ou a evitar o conflito. Demonstram falta de habilidades sociais e emocionais, enfrentando obstáculos para reconhecer as emoções alheias e para entender e identificar os seus próprios sentimentos, resultando numa tendência de esconder e disfarçar as suas emoções. Possuem uma autoimagem negativa, considerando-se fracassados, inaptos, envergonhados e repugnantes. As vítimas de *Bullying* não apreciam a escola e têm pior desempenho escolar, são pouco populares, têm relações distantes com os colegas e tendem a ser rejeitadas, excluídas ou isoladas pelos mesmos sendo por essa razão solitárias. No caso de serem rapazes, presumivelmente são fisicamente mais fracos em comparação com os seus agressores. Apresentam níveis de ansiedade elevados, tendência para apresentarem depressão e desintegração social. As vítimas de *Bullying* enfrentam desafios na gestão de conflitos sociais e exibem uma postura passiva diante dos seus agressores, evidenciando a sua vulnerabilidade e receio. Isso sinaliza ao agressor que não haverá reação ou vingança após um ataque, incentivando a escolha desses indivíduos como alvos. É possível que recorram ao uso de substâncias proibidas e que venham de comunidades ou lares com ambientes problemáticos, marcados por condições socioeconómicas desfavoráveis e laços familiares fragilizados (Bjereld et al., 2017; Carvalhosa, 2009; Carvalhosa et al., 2001; Carvalho et al., 2019; Cook et al., 2010; Craig & Pepler, 1998; Hussein, 2013; Isolan et al., 2013; Olweus & Breivik, 2014; Rigby & Slee, 1993; Solberg & Olweus, 2003; Tsaousis, 2016; Veenstra et al., 2005). Green (2008) salienta que as vítimas de *Bullying* apresentam uma elevada probabilidade de sofrer de dores de cabeça, dores de estômago, podendo manifestar em algumas situações mais graves uma maior propensão para a automutilação e tentativas de suicídio.

2.3.3. Perfil das Vítimas-agressoras

As vítimas de *Bullying*, dependendo do contexto, podem tornar-se agressores. Em geral, os rapazes envolvem-se mais frequentemente na condição de vítimas-agressoras. Os indivíduos que reportam experiências de vitimização e assumem também o papel de agressor (vítimas-agressoras) manifestam tanto sintomas internos (ansiedade, medo, depressão) como

comportamentos externos (hostilidade, oposicionismo, agressividade). Algumas características das vítimas-agressoras são semelhantes às das vítimas puras, uma vez que tal como estas, sofrem de sintomatologia depressiva e ansiosa, têm a sua autoestima diminuída, possuem limitações ao nível das competências sociais e emocionais, sentem-se mal com elas próprias e percecionam-se como rejeitadas ou menos valorizadas pelos seus pares. Pelo contrário, assemelham-se também aos agressores puros ao exhibir comportamentos dominantes e violentos, tendências antissociais, identificação com características masculinas e dificuldades ao nível da aprendizagem/educação/escolaridade, incluindo falta de concentração, hiperatividade, impulsividade e padrões comportamentais associados com a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). As vítimas-agressoras provêm provavelmente de famílias de estatuto socioeconómico mais baixo, uma realidade partilhada tanto pelos agressores quanto pelas vítimas. Uma incapacidade em resolver conflitos pode resultar em posturas agressivas adotadas por estes indivíduos, fazendo com que comecem a encarar a violência e agressão como estratégias válidas para resolver situações de conflito. Deste modo, podem usar o *Bullying* como ferramenta para melhorar a sua própria autoestima, frequentemente abalada por ações dos seus próprios agressores. Nas vítimas-agressoras, a combinação do isolamento social, com o mau desempenho escolar e problemas comportamentais coloca-as em elevado risco, uma vez que todos estes fatores diminuem as suas habilidades sociais e emocionais (Carvalho et al., 2019; Cook et al., 2010; Hussein, 2013; Jan & Husain, 2015; Nansel et al., 2001; Olweus & Breivik, 2014; Stockdale et al., 2002; Tsaousis, 2016; Yang & Salmivalli, 2013).

2.3.4. Perfil dos Observadores

Os comportamentos de *Bullying* podem igualmente envolver os observadores também designados espetadores. Os agressores adquirem estatuto, domínio, força, poder, ascendência e influência sobre os outros, no momento em que o comportamento de *Bullying* sucede na presença de público, o qual é constituído pelos observadores (Salmivalli, 2010; 2014). Os observadores são os indivíduos que apenas presenciam a prática de comportamentos de *Bullying*, não são vítimas nem agressores. Quando o comportamento de *Bullying* ocorre, o observador pode assistir passivamente, envolver-se no episódio de violência incentivando o agressor, afastar-se ou interceder de modo a proteger a vítima (Salmivalli, 2010). Os indivíduos que intervêm para defender a vítima, são menos excluídos e rejeitados a nível social (Salmivalli et al., 1996), e têm mais competências para compreender os pensamentos e sentimentos dos outros, revelando-se mais empáticos (Gini, 2006). Os observadores são peças fundamentais

dado que o simples facto de estarem presentes promove o ato de incentivar ou desencorajar a conduta do agressor ou da vítima (Tsang et al., 2011; Zequinão et al., 2016). Desta forma, o *Bullying* tende a ser mais recorrente nas escolas, em que é mais usual encorajar o agressor e é raro proteger a vítima (Salmivalli et al., 2011). O papel dos observadores pode ser por isso determinante em relação à intensidade dos comportamentos e do resultado da interação, já que na maioria dos casos, com a sua intervenção, o observador consegue impedir a situação de se prolongar (Hawkins et al., 2001; Tsang et al., 2011; Twemlow et al., 2004). Contudo, as crianças que presenciam a prática de comportamentos de *Bullying* revelam sentimentos de angústia, impotência e desânimo (Tsang et al., 2011). Estas podem por sua vez, apresentar também sentimentos como: medo e insegurança perante a situação presenciada, vergonha por não atuarem ou ainda permitirem que aconteça um ato cruel e maldoso, que pode intensificar ou piorar ainda mais a situação. Tipicamente este tipo de situações origina um conflito interno, gerando ansiedade e deixando o observador na dúvida sobre o que deve ou não fazer quando presencia tais situações (Sullivan, 2011). Posto isto, o *Bullying* é considerado um fenómeno de grupo, no qual os observadores são intervenientes de forma tão ou mais relevante do que os agressores e as vítimas, dado que podem influenciar o decorrer e o resultado dos acontecimentos e mudar por completo o desfecho da situação (Tsang et al., 2011).

2.4. *Bullying* nas Escolas

O fenómeno do *Bullying* é um problema atual, divulgado diariamente pela comunicação social, e que ocorre frequentemente em muitas escolas, geralmente, durante o horário escolar. A envolvimento elevada de alunos neste tipo de comportamentos, é preocupante e varia tipicamente entre 10% e 76,8% (Ristum, 2010). A questão da violência na escola, embora não seja algo novo, é um problema geracional, que tem vindo a assumir cada vez mais na atualidade, uma maior visibilidade e relevância, devido à valorização dos direitos da criança na sociedade e, consequentemente dos problemas relacionados com a infância. Ainda que hoje, as escolas estejam mais aptas para delimitar este tipo de problemas e episódios, a ocorrência de violência (*Bullying*) continua a ser uma constante neste contexto (Carney & Merrell, 2001; Feijóo & Rodríguez-Fernández, 2021; Runyan et al., 2002). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996 citado por Krug et al., 2002, p. 1084) a violência é definida como "o uso intencional de força física ou poder, ameaça ou real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha grande probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação".

O *Bullying* escolar é assim considerado um fenómeno de violência global à escala mundial que atinge escolas, independentemente do local, das fronteiras, da geografia, da cultura e da política (Almeida et al., 2009; Basilici et al., 2022; Francisco & Libório, 2009; Graham, 2016; Griffin & Gross, 2004; Oliveira-Menegotto et al., 2013; Pereira, 2008; Pereira et al., 2004; Stockdale et al., 2002; Tolsma et al., 2013). Todavia, nas diversas escolas existem desigualdades nos aspetos relacionados com a intensidade e frequência da prática de comportamentos de *Bullying*, sendo estas desigualdades observáveis igualmente entre escolas relativas à mesma comunidade (Olweus, 1993). Diversas investigações indicam que não existe uma ligação entre a dimensão da escola e a prática de comportamentos de *Bullying* (Saarento et al., 2015). Embora não se tenha chegado a um entendimento em relação às implicações da dimensão da turma na prática dos comportamentos de *Bullying*, Saarento et al. (2013) verificaram que as descrições de vitimização feitas por colegas são mais recorrentes em turmas mais pequenas. Pressupõe-se ainda, que o *Bullying* ocorre com mais regularidade em escolas situadas em regiões mais pobres (Almeida, 2011; Pereira et al., 2004) e menos direcionadas a nível escolar. Complementarmente, os tipos de escola, a composição da turma, o sexo, a idade e a cultura podem também eles influenciar a proporção de *Bullying* que ocorre (Sullivan, 2011).

De acordo com os dados nacionais resultantes do estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) da Organização Mundial da Saúde (OMS), realizado em 2018, observou-se que 9,2% das crianças e adolescentes portugueses em idade escolar estiveram envolvidos (até uma vez por semana), na condição de agressores/*bullies* em situações de *Bullying*. No papel oposto, 15,9% assumiram uma posição de vítima de *Bullying* (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Com base num estudo comparativo realizado em 28 países europeus, Due et al. (2005) defendem que a prevalência do *Bullying* tende a sofrer um decréscimo com a idade (Matos et al., 2015). Por isso, ainda que estes comportamentos de violência possam ocorrer durante a infância, o *Bullying* apresenta uma maior prevalência durante o 3º ciclo (12-15 anos) e tende a diminuir no final do secundário (Hymel & Swearer, 2015). De acordo com alguns estudos, como o de Carvalho et al. (2019), os rapazes envolvem-se, mais frequentemente, na condição de agressor/*bullie* ou de vítima-agressora e as raparigas na condição de vítima, manifestando comparativamente com o sexo oposto, mais sintomas emocionais, como medo, tristeza e angústia. Aos agressores é atribuída maior propensão para a prática de comportamentos de risco, nomeadamente, o uso de substâncias e o envolvimento em lutas (Carvalho et al., 2018). As formas de vitimização utilizadas pelos rapazes são frequentemente os insultos e a agressão física, ao passo que as raparigas recorrem habitualmente a formas de vitimização indiretas (Carvalho et al., 2019; Silva et al., 2013).

Os episódios de *Bullying* escolar acontecem sobretudo nos recreios das escolas. Contudo podem igualmente ocorrer em vários locais da escola, como salas de aula e corredores, mas também fora da escola, no período de almoço ou no caminho para casa (Pereira et al., 2004, 2009; Raimundo & Seixas, 2009). Os recreios são espaços nos quais tende a existir um grande número de indivíduos em simultâneo e diversas atividades a decorrer, onde nem sempre é possível assegurar o cumprimento de regras e a supervisão dos alunos, favorecendo e contribuindo para a prática de *Bullying* direto, especialmente a agressão física. No caso das salas de aula, as atividades são estruturadas e o espaço é limitado, o que facilita a supervisão, levando as crianças a praticar comportamentos de *Bullying* indireto, manifestados através de atitudes de exclusão social e difamação, uma vez que esses comportamentos são dificilmente identificados pelos professores (Craig et al., 2000; Fite et al., 2013; Mulryan-Kyne, 2014; Raimundo & Seixas, 2009; Reuland & Mikami, 2014; Serdiouk et al., 2015). A vitimização no interior da sala de aula afeta todos os alunos, os que estão envolvidos direta e ativamente neste tipo de comportamentos e também os que não têm qualquer tipo de envolvimento (Reuland & Mikami, 2014). A propensão para a prática de *Bullying* tende a ser maior e a ocorrer de forma mais recorrente em turmas com pares que incentivam os agressores em comparação com as turmas em que os colegas protegem as vítimas. Consequentemente, as crianças com perigo de envolvimento na prática de comportamentos de *Bullying* podem ou não ser favorecidas pelo contexto de sala de aula (Kärnä et al., 2010; Saarento et al., 2015; Salmivalli et al., 2011).

Concisamente, o ambiente escolar e a relação existente entre professor e aluno podem igualmente interferir na prática de comportamentos de *Bullying*. Este fenómeno sucede com mais periodicidade e regularidade em escolas em que o ambiente entre colegas e a relação com os professores são fracas e onde existe por parte das crianças a perceção de um clima pouco saudável assim como um mau aproveitamento escolar (Harel-Fisch et al., 2010; Perron, 2015; Richard et al., 2011; Wang et al., 2014). Em contrapartida, um bom ambiente escolar promove nas crianças uma sensação de segurança e liberdade relativamente a este tipo de violência (*Bullying*) (Beaudoin & Roberge, 2015). Estes comportamentos de violência, são considerados como uma das experiências mais marcantes e traumáticas sofridas em contexto escolar (Sjursø et al., 2020).

2.4.1. *Bullying* nas Escolas Portuguesas

Nas últimas duas décadas, o tema da violência escolar começou a ser matéria de uma progressiva preocupação, tanto pela sociedade em geral como pela comunidade educativa em

particular (Silva & Assis, 2017). Esta crescente atenção face aos comportamentos de *Bullying* nas escolas deveu-se em grande parte aos famosos casos de homicídio e suicídio associados às escolas da América do Norte, em que se suspeita que estejam de alguma forma relacionados com o fenómeno do *Bullying* escolar. Embora esta situação de violência seja verificada também em diferentes realidades em diversos países, em várias idades e em ambos os sexos (Dake et al., 2003; Eriksen et al., 2014; Granja, 2019). Em Portugal a realidade não é diferente, as investigações levadas a cabo em várias escolas verificaram a existência da prática de comportamentos de *Bullying*, tanto no ensino básico como no secundário, como se observou em outros países (Carvalhosa et al., 2001, 2009; Costa et al., 2013; Costa, 2019; Gonçalves & Vaz, 2021; Martins, 2005; Rosário & Duarte, 2010).

Do mesmo modo que se verificou nas escolas de outros países, é possível observar uma maior predominância da prática de comportamentos de *Bullying* no ensino básico, sobretudo no 3º ciclo, e de forma equivalente no 1º e 2º ciclos, ocorrendo um decréscimo com o aumento da idade, a partir do final do secundário (Almeida, 2011; Hymel & Swearer, 2015; Pereira et al., 2004; Rosário & Duarte, 2010). Supõe-se que cerca 20% das crianças e adolescentes, predominantemente rapazes, se envolvam na prática de comportamentos de *Bullying*, pelo menos três vezes (Carvalhosa et al., 2001, 2009; Páscoa, 2013; Raimundo & Seixas, 2009; Silva et al., 2017). A agressão física direta é o comportamento que ocorre com mais frequência entre os alunos do 1º ciclo, já os alunos do 2º ciclo utilizam mais a agressão verbal, enquanto os alunos do 3º ciclo praticam ambos os tipos de agressão. No entanto, em geral, as raparigas utilizam mais cedo a agressão verbal do que os rapazes (Almeida, 2011; Espiga, 2013; Raimundo & Seixas, 2009).

Relativamente ao sexo, os rapazes fazem e sofrem com mais frequência *Bullying* direto, através de injúrias, ao passo que as raparigas sofrem mais frequentemente *Bullying* indireto (Almeida, 2011; Páscoa, 2013). Tipicamente, o *Bullying* tende a ser praticado com mais frequência por um rapaz, grupos de rapazes ou por rapazes e raparigas. Os rapazes são vitimizados principalmente por outros rapazes mais velhos (Silva et al., 2017). Já as raparigas praticam menos *Bullying* em comparação com os rapazes, mas quando o fazem é essencialmente contra outras raparigas, geralmente da sua turma (Almeida, 2011). Os comportamentos de *Bullying* são, em geral, praticados por colegas da mesma turma ou por colegas mais velhos (Monteiro, 2012). Nas escolas portuguesas, o *Bullying* acontece sobretudo nos intervalos, verificando-se que a sala de aula é o segundo local mais usual no caso do 1º ciclo e os corredores, no caso do 2º ciclo. No caso do terceiro ciclo ambos os locais são

propensos à ocorrência deste fenómeno (Almeida, 2011; Lourenço et al., 2009; Pereira et al., 2004).

Almeida (2011) refere que o risco de uma criança ser vítima de *Bullying* na escola depende do sexo, mas também da localização da escola. Segundo a autora, as condições socioeconómicas, o ano de escolaridade que frequenta e o número de reprovações não contribuem para incrementar este risco. Assim, os rapazes que frequentam escolas primárias em regiões suburbanas têm um maior risco de sofrer *Bullying* por parte dos colegas. Por outro lado, a probabilidade de uma criança se tornar agressora depende do sexo, do ano de escolaridade, da região da escola e do número de reprovações. Tipicamente em turmas com um maior número de reprovações, verifica-se que existem uma maior probabilidade de os alunos apresentarem comportamentos agressivos (Almeida, 2011; Costa & Pereira, 2010). Tal facto pode estar relacionado com as reprovações originarem discrepâncias de idade consideráveis dentro da mesma turma. Neste sentido, como tal os rapazes que estudam em escolas primárias em regiões suburbanas, são provenientes de famílias com baixo estatuto socioeconómico e pertencem a turmas com algumas reprovações apresentam mais hipóteses de se virem a tornar agressores e consequentemente, agredirem os seus pares (Almeida, 2011; Pereira et al., 2004).

O ambiente escolar está também ele relacionado com a prática de *Bullying* (Silva et al., 2017). Os alunos que não prezam nem têm estima pelos seus colegas e que não apreciam a escola, as aulas e/ou o professor ou que acham que os professores são pouco imparciais, manifestam mais hipóteses de vir a causar confrontos e desentendimentos na escola, sobretudo se frequentarem escolas públicas (Pereira et al., 2004; Teixeira et al., 2017). Neste tipo de instituições, os confrontos tendem a ser mais recorrentes, provavelmente em virtude de os alunos não saberem controlar as suas disputas e desavenças, e ainda devido ao facto de os professores não solucionarem estes mesmos confrontos de modo eficaz. Para além disso, os alunos que necessitam de mais afeto, cuidado e supervisão estão mais propensos a envolverem-se na prática de comportamentos de *Bullying*. Em compensação, os alunos que têm uma boa relação com os seus pais estão menos propensos a envolverem-se na prática de comportamentos de *Bullying* (Carvalhosa et al., 2001; Silva et al., 2017).

Em suma, o ritual das praxes, muito comum sobretudo nas instituições do ensino superior, mas também presente, nos ensinos básico e secundário, é um ótimo exemplo da presença deste tipo de violência. Este tipo de ritual parece ajudar muitas vezes, a disfarçar práticas de *Bullying*. No ensino básico, no ensino secundário e também no ensino superior, as praxes ocorrem habitualmente no começo do ano letivo e desenvolvem-se normalmente em grupo através de comportamentos agressivos exercidos sobre alunos mais fracos e vulneráveis.

Deste modo, e neste contexto específico, o *Bullying* é geralmente percebido como parte integrante da cultura e como uma prática normal entre crianças, adolescentes e jovens adultos, que vai diminuindo com o crescimento. Como tal, é habitual os professores menosprezarem este tipo de comportamentos agressivos que podem subsequentemente originar em muitos casos repercussões severas a curto e a longo prazo (Almeida, 2011).

2.5. Consequências do *Bullying* nas Crianças

O *Bullying* escolar é um problema grave que tem vindo a despertar o interesse e a atenção da sociedade em geral, devido ao aumento do número de casos e, aos impactos que este tipo de comportamento pode ter ao nível da saúde física, psicológica e social das crianças e adolescentes (Bauman et al., 2013; Carvalho et al., 2021; Tokunaga, 2010). Neste sentido, têm sido realizados diversos estudos para aferir as consequências físicas e psicológicas nos envolvidos (vítima, agressor e observador) (Oliveira et al., 2018; Rigby, 2003; Savahl et al., 2019; Vanderbilt & Augustyn, 2010). Estudos recentes sugerem que a violência escolar está relacionada com possíveis alterações ao nível da qualidade do sono e ao nível do desempenho escolar (Al-Raqad et al., 2017; Donoghue & Meltzer, 2018; Hysing et al., 2019; PC & Madhavan, 2018; Van Geel et al., 2016; Zalba et al., 2018). Sabe-se também que este tipo de violência pode afetar de forma significativa, não só a saúde como também o desenvolvimento de todos os indivíduos envolvidos (Sesar et al., 2013).

A vitimização por meio da prática de *Bullying* é uma experiência traumática que origina uma numerosa diversidade de consequências não só a nível psicológico, como a nível psicossomático, biológico e social, tanto a curto como a longo prazo (Cohen, 2017; Gomes, 2022; Martins et al., 2020; Olweus & Breivik, 2014). As vítimas de *Bullying*, sobretudo quando sujeitas a agressões com elevada periodicidade e regularidade, apresentam por consequência elevados níveis de stress, que podem afetar negativamente a saúde física e mental e o aproveitamento escolar e causar diversos sintomas, nomeadamente, sensação de mal-estar generalizado, tonturas, dores de cabeça, tristeza, ansiedade, perturbações do sono, falta de apetite entre outros (Karatas & Ozturk, 2011; Rivara & Le Menestrel, 2016; Wolke & Lereya, 2014) apresentando assim, por vezes queixas psicossomáticas (Perron, 2015).

Desta forma, quando a criança está sujeita de forma contínua à hormona do stress, o cortisol, consequentemente ocorrem alterações em parcelas da estrutura do cérebro, como por exemplo a amígdala e o hipocampo, que têm uma função fundamental ao nível da regulação emocional. Estas consequências negativas são mais delicadas nas crianças, dado que o sistema

do corpo que luta contra o stress é especialmente sensível na fase de desenvolvimento em que estão (McEwen & Morrison, 2013; Rivara & Le Menestrel, 2016).

É igualmente habitual as crianças que sofrem *Bullying* apresentarem um desempenho escolar fraco e uma reduzida dedicação à escola (Forrest et al., 2013; Wang et al., 2014), visto que as consequências a nível emocional, comportamental e psicológico da vitimização têm influência na capacidade destas crianças se concentrarem nas tarefas escolares (Nakamoto & Schwartz, 2010). Todavia, o *feedback* após a vitimização depende tanto do tipo de *Bullying* sofrido como também de vários outros fatores de índole pessoal (Byjos & Dusing, 2016; Ttofi et al., 2011). Por exemplo, as crianças que apresentam problemas anteriores à agressão ou de alguma forma consideradas diferentes, de que são exemplo, crianças portadoras de deficiências, têm mais hipóteses de poderem vir a tornar-se vítimas (Flynt & Morton, 2004; Monchy et al., 2004). Em compensação, as consequências da agressão nas vítimas ao nível dos sintomas depressivos têm potencial para serem reduzidas e atenuadas no caso de a criança dispor de traços pessoais específicos, como o *mindfulness* (Zhou et al., 2017).

As consequências decorrentes da agressão com origem em comportamentos de *Bullying* no decorrer da escolaridade primária, têm tendência a durar diversos anos até à idade adulta (Barros et al., 2009; Carvalhosa et al., 2009; Herráiz & Gutiérrez, 2010; Leraya et al., 2015; Pereira et al., 2004). Quanto mais longa a agressão, mais consideráveis são as suas consequências (Costa & Pereira, 2010; Fosse, 2006). Como tal, uma criança que é vítima de *Bullying* na escola durante vários anos tem uma elevada probabilidade de vir a apresentar posteriormente, sintomas de ansiedade, depressão, baixa autoestima, dificuldade em criar e manter relações sociais e em casos mais extremos pode até apresentar sintomas psicóticos, como alucinações e delírios (Fosse, 2006; Schreier et al., 2009; Ttofi et al., 2011; Van Dam, 2017). Além disso, tem uma elevada predisposição para vir a participar em comportamentos delinquentes (M.J. Kim et al., 2011; Olweus, 2011) e manifestar intenções desviantes, como por exemplo: a automutilação e ideias suicidas (Hay et al., 2010).

Os *bullies* de todos os intervenientes do *Bullying*, são aqueles que correm menor risco de ser afetados por este tipo de violência em comparação com as suas vítimas puras e com as vítimas-agressoras (Karatas & Ozturk, 2011; Wolke et al., 2001). Ao longo do percurso escolar, os agressores têm potencial para serem competentes na realização de tarefas e tendem a ser populares, evitando assim, o isolamento social e a solidão (Cook et al., 2010). No ensino básico apresentam um bom aproveitamento e desempenho escolar (Woods & Wolke, 2004) e, quando frequentam a escola secundária, o *Bullying* pode até elevar a sua popularidade junto dos seus colegas (Cillessen & Mayeux, 2004). Porém, os agressores manifestam diversos problemas a

nível físico e psicológico (Kumpulainen et al., 2001) e, conforme vão crescendo têm tendência para se tornar indivíduos mal-adaptados, manifestando problemas antissociais e uma maior possibilidade de participarem em comportamentos delinquentes quando forem adultos (Olweus, 2011).

Os observadores podem também eles, sofrer as consequências dos comportamentos de *Bullying*. Estes presenciam fundamentalmente agressões verbais e, ao passo que alguns dão apoio à vítima ou tentam encontrar um adulto de modo a tentar resolver a situação, outros presenciam o comportamento de *Bullying* sem qualquer tipo de intervenção, com medo de puderem vir a tornar-se a próxima vítima (Levandoski & Cardoso, 2013). Os observadores que se sentem vítimas dos agressores podem por um lado, procurar afastar-se ou pelo contrário reconhecer-se no papel de agressor, sendo este o tipo de estratégias a origem de consequências negativas.

A ativação neurológica que as crianças observadoras sentem ao presenciarem a prática de comportamentos de *Bullying*, pode ser semelhante às reações fisiológicas verificadas em adultos, após a lembrança de tais comportamentos ou da sua própria situação (Janson et al., 2009). Desta forma, os observadores são indiretamente prejudicados pela prática de comportamentos de *Bullying*, por intermédio do stress emocional provocado por sentimentos de culpa em virtude de não terem prestado auxílio à vítima ou ainda por serem menosprezados e ignorados pelas autoridades a quem pedem ajuda. Por outro lado, os observadores que fortalecem e incentivam a prática dos comportamentos de *Bullying* por meio de atitudes encorajadoras correm um risco elevado de se transformarem em agressores e, consequentemente, virem a sentir as respetivas consequências (Zequinão et al., 2016).

Em suma, o crescimento de comportamentos de *Bullying* na infância atinge o seu auge no início da adolescência e começa a diminuir a partir daí (secundário) (Carvalhosa et al., 2009; Dake et al., 2003; Lopez et al., 2011; Raimundo & Seixas, 2009). Contudo e embora sofram um decréscimo com o avançar da idade os papéis tanto de agressor como de vítima tendem a prevalecer, o que significa que uma criança agressora ou vítima de comportamentos de *Bullying* no ensino primário, tem mais hipóteses de continuar a praticar o mesmo tipo de comportamentos mais tarde, no ensino secundário ou universitário (Camodeca, 2003; Chapell et al., 2006; Raimundo & Seixas, 2009).

2.6. Fatores de Risco para a Prática de Comportamentos de *Bullying*

Alguns fatores são preponderantes e podem aumentar a probabilidade de uma criança ou jovem se envolver em situações de *Bullying*. A nível sociodemográfico, alguns fatores de risco são: ter um estatuto socioeconómico baixo, ser do sexo masculino e pertencer a uma minoria (Almeida, 2011; Cuervo et al., 2012; Lopez et al., 2011). A nível pessoal, destacam-se alguns aspetos como: sintomas depressivos, stress psicológico, baixa autoestima, consumo de substâncias aditivas, reduzida capacidade de estabelecer relações empáticas e de resolver problemas, poucos comportamentos saudáveis, baixa perceção de identidade social e exteriorização de condutas agressivas em idade pré-escolar (Jansen et al, 2011; Lopez et al., 2011). No que diz respeito à família, alguns fatores podem aumentar os riscos de envolvimento em comportamentos de *Bullying*, nomeadamente: ambiente familiar problemático, ausência de apoio e falta de comunicação com os pais, pais pouco disponíveis e constantemente aborrecidos e irritados, ou ainda ter uma mãe com fraca saúde mental (Cuervo et al., 2012; Shetgiri et al., 2013). No contexto educativo, o envolvimento em episódios de *Bullying* é influenciado por uma série de fatores, como ano de escolaridade mais baixo, estudar numa escola suburbana, a falta de apoio dos professores, o historial de reprovações, o isolamento social, a rejeição pelos pares e o grau de popularidade (Almeida, 2011; Lopez et al., 2011).

2.7. Prevenção de Comportamentos de *Bullying*

O *Bullying* escolar tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas duas décadas. O aumento do número de casos é preocupante, devido ao impacto que este tipo de violência pode ter na criança a vários níveis. Ademais, este é um problema que prejudica tanto as crianças envolvidas na agressão (vítimas, agressores e ainda observadores), como também a restante comunidade escolar (Saarento et al., 2015). É, por isso, de extrema importância conhecer e conceber estratégias para combater o *Bullying* nas escolas. Deste modo, a criação e promoção de programas de prevenção do *Bullying* é essencial e o foco deve estar nas diferentes áreas em que o indivíduo se integra (Cook et al., 2010).

Para uma intervenção eficaz é necessário criar um conjunto de medidas que envolvam todos os membros da comunidade escolar, nomeadamente os pais e encarregados de educação, de forma a promover valores de cooperação e apoio (Carvalhosa, 2009). Neste sentido têm vindo a ser propostos estudos na área da prevenção e minimização dos danos do *Bullying*. No plano individual, é fundamental estar a par dos comportamentos de *Bullying* e das características dos indivíduos implicados (Carvalhosa et al., 2009; Olweus, 2011). Para além

disso, a nível individual Olweus e Limber (2010) referem a importância da regulação emocional e afirmação pessoal em alunos vítimas de *Bullying*, de modo a diminuir o sentimento de culpabilidade. Com os alunos agressores é imprescindível que se explique pormenorizadamente os efeitos negativos do seu comportamento para si e para os outros, esclarecendo as implicações e sanções que são aplicadas a este tipo de atos. Estas medidas de penalizações devem estar acauteladas e mencionadas no regulamento da escola, porém em nenhum momento devem ser físicas, mas sim envolver a retirada de certas regalias. Deve igualmente ser efetuado um trabalho assertivo com o aluno, sobre as suas competências assertivas, para que este tome consciência das suas atitudes. Porém, a eficácia dos programas de prevenção está dependente do envolvimento não só dos agressores e das vítimas, como dos observadores, dado que estes têm um papel decisivo no desfecho de um episódio de *Bullying* (Stueve et al., 2006).

No contexto escolar, uma das questões mais relevantes relativamente à diminuição da prática de comportamentos de *Bullying* é garantir um ambiente positivo na escola (Perron, 2015). Neste sentido, quando os alunos apreciam a escola e se sentem seguros no ambiente escolar, a prática destes comportamentos tende a diminuir. Ademais, a redução deste tipo de comportamento tem uma influência positiva ao nível do progresso do desempenho escolar dos alunos, melhorando a sua visão da escola (Richard et al., 2011; Wang et al., 2014). Baumrind (1996) e Waasdorp et al. (2021) destacam a importância da implementação de um conjunto de medidas interventivas, envolvendo a comunidade escolar: alunos, encarregados de educação, professores e auxiliares. Estas medidas passam pela realização de reuniões com os encarregados de educação e a constituição de grupos educativos de apoio ao aluno. A nível de turma, passam pela promoção de debates na sala de aula e pela elaboração de regras por parte dos alunos com penalizações adaptadas às infrações.

Embora os professores desempenhem um papel de destaque no que respeita ao combate à prática de comportamentos de *Bullying*, é possível que não estejam adequadamente habilitados para o fazer de forma eficaz, tendo em consideração que mesmo depois da participação em programas anti-*Bullying*, a maioria não é capaz de reconhecer e identificar os alunos vítimas de agressão (Ahn et al., 2013; Oldenburg et al., 2016). Contudo, a melhoria na gestão das suas capacidades e eficácia promove da sua parte, a adoção de estratégias assertivas como a confrontação do problema, de modo mais recorrente, e a redução da utilização de estratégias passivas como o evitamento do problema. Complementarmente, conforme os professores adquirem mais noção acerca da natureza da prática de comportamentos de *Bullying* e sobre as suas capacidades de enfrentar e resolver estes problemas, maior é a sua própria visão

de autoeficácia, assim como a sua vontade para atuar em situações deste tipo em contexto de sala de aula (Vahedi et al., 2016).

A observação e monitorização dos alunos é também um aspeto imprescindível na identificação dos alunos vítimas de *Bullying*. Alguns indicadores de que uma criança pode estar a sofrer com algum tipo de vitimização incluem: isolamento durante os intervalos; tendência para procurar a companhia dos adultos; manifestações de insegurança no ambiente escolar; ser selecionado constantemente por último para atividades de grupo; estado emocional constante que inclui tristeza, depressão e ansiedade; diminuição no interesse e na atenção dedicados às atividades escolares; aparecimento recorrente de lesões, contusões ou feridas, sem explicações convincentes; e padrão de ausências reiteradas e não justificadas das atividades escolares (Teixeira, 2006).

Um ambiente de equidade na sala de aula contribui para a diminuição da vitimização entre pares. Para isso, os professores podem implementar diferentes métodos de modo a incentivar a valorização do aluno, perante os seus colegas, nomeadamente no que diz respeito às diferenças que o distinguem deles, de forma a que estejam cientes das virtudes únicas com base nas quais podem formar uma identidade social positiva. Dessa forma, as crianças vítimas de agressão em cada sala de aula devem ser sempre vistas como os principais objetos de atenção, de forma a reduzir e combater por completo a vitimização escolar (Serdiouk et al., 2015).

No plano familiar, é primordial a realização de intervenções sociais junto de cada família, tendo em consideração que tanto os aspetos característicos do contexto como do funcionamento familiar interferem e influenciam as crianças e o seu envolvimento na prática de comportamentos de *Bullying* (Cuervo et al., 2012; Malm et al., 2016). O desenvolvimento de programas de prevenção de *Bullying* entre o final do 1º ciclo e o início do 2º ciclo pode contribuir para a redução deste fenómeno, já que é no 3º ciclo, que este tipo de comportamento apresenta uma maior prevalência (Hymel & Swearer, 2015; Jansen et al., 2012; Jenson et al., 2013). Por intermédio de uma resposta eficiente face aos episódios de *Bullying*, as vítimas e os observadores aprendem assim a desviar o foco dos colegas que incentivam este tipo de comportamento, reduzindo o estímulo para a prática de comportamentos deste tipo (Ross & Horner, 2014). A melhoria do ambiente de ensino, as políticas desenvolvidas pela escola e as avaliações sobre o *Bullying* contribuem fortemente para a redução deste tipo de comportamentos (Kyriakides et al., 2014).

Em suma, a atuação do psicólogo escolar é imprescindível na construção de um clima escolar positivo, promovendo, avaliando e implementando estratégias e programas de prevenção contra a prática de comportamentos de *Bullying* (Kyriakides & Creemers, 2012;

Staecker et al., 2015). Complementarmente, o psicólogo pode ainda auxiliar a escola a intervir por um lado, junto dos alunos que praticam comportamentos de *Bullying*, de modo a que eles substituam este tipo de prática por comportamentos mais saudáveis e, por outro lado, oferecer orientação às vítimas. Para além disso encorajar e auxiliar os pais, professores e a equipa escolar a envolverem-se em projetos educativos e em formações sobre o tema do *Bullying* (Oliveira-Menegotto et al., 2013; Richard et al., 2011; Staecker et al., 2015).

2.7.1. Avaliação Psicológica do *Bullying*

O *Bullying* ocorre principalmente no recinto escolar, sendo por essa razão preponderante o papel da escola, no controlo e supervisão deste tipo de comportamento. É também essencial incluir programas de intervenção em contexto escolar que possam ter uma eficácia a curto prazo (Cantone et al., 2015; Zych et al., 2015), destacando-se a relevância da inclusão da prática clínica individual em particular o acompanhamento e a avaliação psicológica e grupal nomeadamente o trabalho levado a cabo com os envolvidos nestes comportamentos de violência (Byers et al., 2021). Como tal, e para uma compreensão mais ampla deste fenómeno e dos processos implicados a nível individual e escolar, é essencial utilizar metodologias de avaliação adaptadas à população portuguesa que captem através de diferentes fontes de informação e de diferentes domínios de avaliação, todos os correlatos (Fonte & Caridade, 2022).

Numa fase inicial, a avaliação do *Bullying* deve ser feita através de entrevistas semiestruturadas, que incluam a caracterização dos fenómenos nos seus múltiplos aspetos: (a) Contexto – *Bullying* tradicional e/ou online; (b) Início e Progressão; (c) Envolvimento e Frequência de Envolvimento – papel de vítima, agressor/*bullie*, vítima-agressora e/ou observador; (d) Local – escola (sala de aula, casa de banho, recreio, entre outros); (e) Formas – física, verbal, psicológica, relacional e/ou sexual; (f) Apoio e/ou Procura de Apoio por parte dos amigos/pares ou adultos; (g) Perceção de Consequências (Fonte & Caridade, 2022).

A avaliação do *Bullying* pode também ser efetuada através de autorrelatos que apesar de também sujeitos a respostas socialmente desejáveis, podem contribuir para uma compreensão mais abrangente dos aspetos avaliados. As três principais medidas de autorrelato do *Bullying* adaptadas à população portuguesa são: (1) Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” versão original criada por Díaz-Aguado (2004) e versão adaptada por Martins (2005) para a população portuguesa, cujo principal objetivo é avaliar a frequência de diferentes formas de vitimização/agressão indireta, exclusão social e agressões verbais e físicas

e pode ser aplicada a crianças e adolescentes (2) *Scan-Bullying* versão original criada por Almeida e Caurcel (2005) e versão adaptada por Almeida et al. (2001) para a população portuguesa e Almeida e Barrio (2002), cujo principal objetivo é avaliar a percepção a partir dos diferentes protagonistas envolvidos, da situação e da relação interpessoal e pode ser aplicada a crianças e adolescentes; (3) Questionários de Olweus versão original criada por Olweus (2006) e versão adaptada por Pereira (2008) para a população portuguesa, cujo principal objetivo é avaliar a frequência e o contexto da vitimização/agressão e pode ser aplicada a crianças e adolescentes.

Como anteriormente referido, os problemas emocionais e comportamentais estão diretamente relacionados com o *Bullying*. As perturbações da internalização e da externalização podem ser avaliadas através da versão portuguesa do *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach et al., 2014), que envolve a avaliação dos principais problemas emocionais (isolamento/depressão, ansiedade/depressão, queixas somáticas), do comportamento (agressivo e delinquente) e sociais, entre outros, em diferentes grupos etários, desde a primeira infância até ao início da idade adulta, através de diferentes fontes de informação (o próprio, os professores e os pais), e que contribui para a formulação de um diagnóstico e para o planeamento e a avaliação da intervenção a implementar.

Em suma, adicionalmente, além destes aspetos principais, podem ser avaliadas características do temperamento, como os traços de insensibilidade - ausência de emocionalidade, que têm demonstrado ser das características evidenciadas pelos agressores e que estão diretamente relacionadas com a gravidade e o impacto das situações de violência, incluindo o *Bullying*. Na população portuguesa, o Inventário de Traços de Insensibilidade constitui uma medida de autorrelato que mede a ausência de emocionalidade, a insensibilidade e a indiferença em crianças e adultos (Carvalho et al., 2018).

2.7.2. Intervenção em Comportamentos de *Bullying* com base em Programas

Com base na incidência de *Bullying* em crianças e adolescentes em ambiente escolar, é importante ter em conta que além da avaliação psicológica adequada, há a necessidade de uma intervenção em dois níveis: (a) individual (de cariz clínico) e (b) em grupo (de cariz preventivo, universal ou seletivo), com envolvimento da rede de suporte próxima (pais, professores e pares). Na globalidade, os estudos indicam a necessidade de uma intervenção psicológica individual quando são identificadas situações de violência no contexto escolar, direcionada ao agressor, à vítima, à vítima-agressora ou aos observadores, com o objetivo de intervir no impacto para a

saúde mental dos comportamentos de *Bullying*, com envolvimento dos outros agentes da comunidade educativa (Cardoso et al., 2017; Díaz-Caneja et al., 2021; Gonçalves et al., 2019; Jung, 2018).

A prevenção e a intervenção em casos de *Bullying* assumem assim como já foi exposto, a maior relevância. Independentemente do seu objetivo, estes programas devem ser multicomponentes, baseados em evidências e com ênfase em abordagens seletivas ou indicadas, mas assumindo um componente universal (Nickerson, 2019). Os três principais programas de prevenção e intervenção no *Bullying* implementados em meio escolar ou na comunidade e que abrangem crianças, jovens, professores e pais são: (a) *Stop Bullying* é um projeto com vista à redução do *Bullying* e de atitudes discriminatórias, capacitando estabelecimentos de ensino com estratégias de prevenção e de sensibilização; (b) *Positive Action* é um programa com base na evidência na implementação de currículo anti-bullying e (c) Programas de prevenção do *Bullying* baseados em evidências funcionando como guias para a seleção de programas anti-bullying (Fonte & Caridade, 2022).

Em suma, o recente cenário sem precedentes, motivado pela Síndrome Respiratória Aguda Severa por Coronavírus 2 (SARS-CoV-2, derivado do inglês *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), obrigou os estabelecimentos de ensino a encerrar, contribuindo para uma nova realidade dos comportamentos de *Bullying*, vindo reforçar e intensificar assim ainda mais, a importância da prática clínica (Armitage, 2021). Finalmente, sabe-se que o *Bullying* tradicional e o *CyberBullying* demonstram estar relacionados e que muitos dos jovens estão envolvidos em ambos os contextos no mesmo papel ou em papéis diferentes (Carvalho et al., 2021). Ambas as formas de *Bullying* mostram estar relacionadas com a existência de fatores de risco e/ou vulnerabilidade, como por exemplo, características de temperamento como a insensibilidade emocional (Zych et al., 2019). Da mesma forma, em ambos os contextos de *Bullying* podem ser observadas consequências em várias áreas, a níveis emocional e comportamental (como por exemplo, perturbações da internalização e da externalização, comportamentos de risco, entre outros), contextual e escolar (Carvalho et al., 2018).

Capítulo 3 | Sono

Neste capítulo será analisada a temática do sono. Procurar-se-á entender e caracterizar as suas fases, o seu mecanismo, fisiologia e arquitetura, bem como averiguar a importância de um sono de qualidade nas crianças. Serão ainda alvo de análise as perturbações do sono mais usuais nesta faixa etária, assim como as consequências de um sono perturbado e de má qualidade, e como isso poderá afetar o desempenho cognitivo e escolar. Por fim, será ainda discutida de que forma se poderá prevenir o aparecimento de problemas e perturbações do sono nesta faixa etária.

3.1. Conceito do Sono

O sono é uma necessidade biológica fundamental e essencial à existência humana, caracterizado por alterações no nível de consciência e diminuição da percepção a influências externas, acompanhada por características motoras, vegetativas e posturais específicas. O sono não é somente a ausência de vigília, mas é igualmente a atividade primária do desenvolvimento cerebral e um processo neurofisiológico ativo (Hobson, 2005; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017). A compreensão acerca das funções do sono ainda não é completamente clara e conhecida, contudo, estudos atuais indicam que este tem uma função restauradora do metabolismo cerebral, e ajuda na recuperação e equilíbrio do organismo, incluindo a consolidação das aprendizagens, da memória, da renovação neuronal e celular e da plasticidade do cérebro (Bathony & Tomopoulos, 2017; Krueger et al., 2016). O sono é um processo fisiológico complexo organizado em fases que se repetem ao longo da noite.

O sono integra duas fases fisiológicas distintas: o sono NREM (*Non-rapid Eye Movement*), também conhecido como sono calmo e o sono REM (*Rapid Eye Movement*), também conhecido como sono ativo. Essas fases ocorrem de forma alternada em ciclos que se repetem a cada 90 a 110 minutos. Quando adormecemos dá-se o sono NREM, que se divide em quatro fases nas quais ocorrem: a diminuição do tônus muscular, a restauração da energia, a proteção e o crescimento do tecido, além da libertação de hormonas fundamentais para o desenvolvimento e crescimento. Posteriormente, tem início o sono REM, fase em que o cérebro está ainda ativo e os sonhos ocorrem. Durante esta fase, a globalidade dos músculos do corpo está paralisada, a frequência cardíaca e respiratória torna-se irregular e os olhos movimentam-se depressa de um lado para o outro (Manni & Terzaghi, 2005; NSF, 2017f; Siegel, 2005).

O sono é controlado por dois sistemas principais: o sistema circadiano e o sistema homeostático (Borbély et al., 2016; Porkka-Heiskanen et al., 2013). O sistema circadiano capta

de forma endógena os ritmos biológicos, de que são exemplo: a temperatura corporal e o ciclo sono/vigília, de forma cíclica com as 24 horas do dia. Esse sistema é orientado por uma parte do cérebro chamada núcleo supraquiasmático (NSC), constituído por um conjunto de células no hipotálamo que dão resposta a estímulos como sinais de luz e escuridão. Complementarmente, para além do estímulo da luz, também outros aspetos exógenos podem interferir no sistema circadiano, como são exemplo as refeições. No entanto, esse sistema não depende da sonolência ou da quantidade de sono alcançada (NSF, 2017g). O sistema homeostático interfere com o sono cumulativo, permitindo a manutenção e preservação da estabilidade sono/vigília. Esse sistema reconhece que a privação de sono tem tendência a aumentar conforme aumenta o número de horas de vigília, promovendo uma carência de substâncias impulsionadoras do sono ao nível do sistema nervoso central.

3.2. Sono nas Crianças

Um sono adequado é particularmente importante para as crianças, visto que se encontram num período crítico ao nível do seu desenvolvimento cognitivo, físico e emocional. Durante o sono, o corpo humano liberta hormonas do crescimento que são fundamentais para o desenvolvimento intelectual e físico das crianças. Ademais, o sono ajuda no desenvolvimento cognitivo e emocional, pois é nessa altura que o cérebro processa e consolida as informações (Bathony & Tomopoulos, 2017).

Estabelecer um padrão de sono ideal nas crianças é uma missão complexa, dado que depende de um conjunto de fatores fisiológicos, psicológicos e neuropsicólogos, os quais variam de indivíduo para indivíduo (Blunden & Galland, 2014). A qualidade e a quantidade são duas dimensões fundamentais do sono, sendo que a qualidade do sono diz respeito aos índices subjetivos da forma como o sono é experienciado, englobando a sensação de ter repousado depois de acordar, de estar atento durante o dia, o número de despertares no período noturno e a satisfação com o sono (Dewald et al., 2010; Harvey et al., 2008; Pilcher et al., 1997; Saraiva & Cerejeira, 2014). A quantidade ou duração do sono é uma componente mais objetiva, englobando o tempo em que o indivíduo está a dormir (Dewald et al., 2010). Uma boa qualidade do sono depende de uma boa higiene do sono, sendo que esta inclui um conjunto de práticas e comportamentos que ajudam a promover um sono saudável e restaurador. Criar hábitos saudáveis de sono é fundamental para melhorar a qualidade e a eficiência do sono. Este tipo de prática inclui as mudanças de ambiente e comportamento nas rotinas concretizadas pelos pais, de modo a preparar as crianças para dormir de uma forma mais eficaz e apropriada (Bruni &

Novelli, 2010).

Um estudo realizado pela *National Sleep Foundation* (NSF, 2017e), que envolveu 1.473 pais/cuidadores de crianças com menos de 10 anos de idade, concluiu que é fundamental manter uma boa higiene do sono, o que significa que estas devem adormecer sozinhas; deitar-se a uma hora definida pelos pais/cuidadores, idealmente às 21 horas; seguir uma rotina de ida para a cama; dormir em quartos sem televisões e não consumir alimentos com cafeína. Neste sentido, desenvolver hábitos de sono saudáveis como: manter um horário regular para deitar e acordar, criar um ambiente silencioso, confortável e propício para dormir, e evitar estimulantes antes de dormir, são algumas das práticas mais comuns, que podem ajudar a garantir um sono mais restaurador e rejuvenescedor e, consequentemente, melhorar significativamente a qualidade do sono.

Enquanto dormimos uma grande parte do nosso corpo está em estado anabólico, o que permite restaurar o sistema endócrino e imunológico, nervoso, esquelético e muscular; estes são processos vitais que regulam o humor, assim como a memória e a função cognitiva. Para além disso, uma rotina adequada de sono ajuda a prevenir o aparecimento de doenças crónicas e aumenta a intensidade e concentração, o que ajuda a melhorar a produtividade da criança na escola e em outras atividades cognitivas. Uma boa qualidade de sono é também ela determinante para a produção hormonal, sistema imunitário, apetite, funções respiratórias, pressão arterial e sistema cardiovascular (Bagley et al., 2016; Gottselig et al., 2006). Neste sentido, é fundamental criar bons hábitos de sono e garantir que as crianças durmam o suficiente de forma a prevenir perturbações do sono como a insónia e a apneia do sono. Os pais devem por isso, incentivar as práticas de sono saudáveis e regulares para garantir o desenvolvimento saudável dos filhos (Mathias et al., 2006; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Em contrapartida, a privação do sono tende a causar ondas cerebrais mais lentas no córtex frontal, estando associada a problemas de saúde em crianças como: a obesidade, doenças cardiovasculares e diabetes. Crianças que não dormem o suficiente tendem a manifestar fadiga e alterações do humor expressas através de comportamento irritável e agitado, além de apresentarem diminuição da capacidade de atenção e dificuldades em se concentrar e aprender. A falta de sono pode também contribuir para o risco de perturbações emocionais como a ansiedade e a depressão. Na maioria dos casos estes fatores podem contribuir para a perda da qualidade de vida e condicionar o bem-estar social e emocional do indivíduo (Krystal & Edinger, 2008; Kyle et al., 2010; Ohayon & Reynolds, 2009; Saraiva & Cerejeira, 2014). No dia a dia as crianças que estão privadas de sono podem sofrer acidentes e lesões com mais frequência, pois a falta de sono pode afetar a coordenação motora e o tempo de reação. Por

outro lado, crianças que dormem o suficiente têm melhor desempenho escolar, maior capacidade de concentração e memória, o que pode ajudá-las a obter sucesso na escola e em outras atividades (Reimer & Flemons, 2003; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Durante a nossa vida o sono sofre alterações. À medida que vamos envelhecendo a sua duração tende a diminuir (NSF, 2015). Em contrapartida, um recém-nascido dorme cerca de 80% do seu dia, já uma criança com 1 ano passa 14 horas por dia a dormir e com 12 anos apenas dorme 9,5 horas diárias. Até aos 18 anos, esta duração mantém-se, período em que sofre um decréscimo para 7 a 8 horas por dia. Os adolescentes tendem a experienciar uma redução da vulnerabilidade à privação do sono e vigília continuada. Em compensação, as crianças mais novas têm tendência a estar mais suscetíveis e expostas a problemas do sono verificando-se que nestas idades a má qualidade do sono, o sono insuficiente e a sonolência podem ter um impacto significativo nas atividades do córtex pré-frontal e, por consequência, no funcionamento cognitivo e no desempenho escolar do adolescente, em particular naqueles que estão numa fase inicial da adolescência (Dewald et al., 2010; Saraiva & Cerejeira, 2014; Taylor et al., 2005). Para garantir um sono adequado, a *National Sleep Foundation* (NSF, 2015) aconselha que crianças entre 6 e 10 anos de idade durmam entre 10 a 11 horas por dia. É importante realçar, no entanto, que a duração ideal do sono pode diferir de criança para criança (Bathony & Tomopoulos, 2017; Williams et al., 2013). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tempo recomendado de sono por noite é de 8 a 10 horas, variando com a idade (ver tabela 2) (Krueger et al., 2016).

Tabela 2

Horas de sono recomendadas para cada faixa etária (OMS)

Faixa etária	Horas de sono
Recém-nascidos (0–3 meses)	14 a 17
Lactentes (4–11 meses)	12 a 15
Crianças (1–2 anos)	11 a 14
Pré-escolares (3–4 anos)	10 a 13
Crianças em idade escolar (5 a 12 anos)	9 a 11
Adolescentes (13 a 17 anos)	8 a 10
Adultos (18–64 anos)	7 a 9
Idosos (65 anos ou mais)	7 a 8

(Krueger et al., 2016)

Atualmente, sabe-se que uma percentagem considerável de crianças (60-70%) dorme mal ou tem problemas de sono, verificando-se igualmente que o número de horas de sono por

noite é também mais reduzido (Mindell et al., 1999; Owens, 2007; Saraiva & Cerejeira, 2014). A quantidade e a qualidade de sono das crianças dependem de características individuais, e de aspetos relacionados com os pais e com o ambiente (Owens, 2007; Saraiva & Cerejeira, 2014).

No que se refere a fatores individuais, são elementos importantes o temperamento da criança, o seu comportamento, as habilidades cognitivas e linguísticas e as preferências circadianas, bem como a existência de comorbidades com outras condições médicas, psiquiátricas ou de desenvolvimento, que possam interferir no sono. Relativamente aos fatores parentais destacam-se o estilo parental, problemas de saúde mental, doenças, stress familiar, o nível de escolaridade e compreensão sobre o desenvolvimento infantil, a qualidade do sono dos próprios pais e a maneira como os pais percebem o sono dos seus filhos (Boergers & Koinis-Mitchell, 2010; Goldberg et al., 2013; Sadeh et al., 2007). Por fim, os aspetos relativos ao ambiente podem também eles, afetar negativamente o sono tais como: a composição da família (número de pessoas, a sua saúde e idades), o ambiente físico (espaço, segurança, barulho e partilha da cama) e o estilo de vida (estatuto socioeconómico, regras em casa, profissão dos pais e prioridades) (Adam et al., 2007; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Pagel et al., 2007).

A curta duração do sono está igualmente relacionada com a hora tardia de deitar, ao contrário do tempo de vigília, que se mantém (Jiang et al., 2015; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Vriend et al., 2012). Fatores como o horário de trabalho dos pais, que os fazem chegar mais tarde a casa e atrapalham a rotina de higiene e a hora de dormir da criança, a necessidade de acordar cedo para a escola, a sobrecarga de atividades extracurriculares, a ausência de rituais regulares de sono, a abolição da sesta, e o forte apelo dos dispositivos eletrónicos – televisão, jogos e *internet*, atuam no sentido contrário de uma noite de sono adequada. Outro fator comum é as crianças apresentarem perturbações do sono como a insónia e os pesadelos (Iglowstein et al., 2003; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017).

3.3. Perturbações do Sono nas Crianças

As perturbações do sono constituem uma condição patológica que pode afetar significativamente a qualidade e/ou a quantidade do sono, com impacto na saúde mental e física, na qualidade de vida, no humor e na capacidade de concentração das crianças (Pavlova & Latreille, 2019). As perturbações do sono afetam 30 a 40% das crianças em idade pré-escolar e, apesar de ser normal em algumas fases do desenvolvimento, a dificuldade em adormecer e manter o sono, caso seja algo frequente ou prolongado, torna-se um problema para a criança e para a família (Batoca Silva et al., 2018; Waters et al., 2013).

As perturbações do sono podem ser divididas em dois grupos principais: Dissónias e Parassónias (Bruni & Novelli, 2010; Thorpy, 2012). Todavia, e para uma melhor compreensão das perturbações do sono a *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) na sua segunda edição, distribui por oito categorias as principais perturbações do sono: (1) Insónia; (2) Perturbações Respiratórias Relacionadas com o Sono; (3) Hipersónias de Origem Central; (4) Perturbações do Ritmo Circadiano do Sono (PRCS); (5) Parassónias; (6) Perturbações dos Movimentos Relacionadas com o Sono; (7) Sintomas Isolados, Variantes, Aparentemente Normais e Problemas Não Resolvidos; (8) Outras Perturbações do Sono. Segue em texto abaixo sucintamente uma descrição das principais perturbações do sono presentes em crianças (Thorpy, 2012).

3.3.1. Dissónias

As Dissónias são perturbações do sono associadas ao início e manutenção do sono ou ao regresso ao sono depois de um despertar. Este tipo de perturbação pode por isso, provocar sonolência diurna excessiva. As dissónias podem ser intrínsecas, extrínsecas ou do ritmo circadiano, incluindo a Insónia, as Perturbações Respiratórias Relacionadas com o Sono, a Hipersónia, as Perturbações do Ritmo Circadiano do Sono e as Perturbações dos Movimentos Relacionadas com o Sono (Bruni & Novelli, 2010; Mindell et al., 1999; Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.1.1. Insónia

A Insónia é uma das perturbações do sono mais usual na população, sendo mais prevalente na infância. Caracteriza-se pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono, gerando regularmente longos períodos de vigília durante a noite e/ou insuficiências de sono noturno (Thorpy, 2012). A Insónia pode manifestar-se de diferentes formas, sendo a Insónia Comportamental da Infância um dos tipos mais comuns presente em crianças. Este tipo de Insónia refere-se à incapacidade adquirida de adormecer ou manter o sono, atingindo e prejudicando cerca de 15% das crianças em idade escolar (Liu et al., 2005; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Na faixa etária entre os 6 e 11 anos de idade, a Insónia Comportamental da Infância expressa-se por intermédio da rejeição em ir para a cama ou de consecutivos esforços para atrasar a hora de dormir. As crianças tendem igualmente a querer obrigatoriamente que um objeto ou pessoa específica esteja presente todos os dias na hora de deitar (Calhoun et al., 2013; Schreck & Richdale, 2011). A dificuldade em adormecer depende da definição de limites impostos pelos pais ou cuidadores no que diz respeito às questões inerentes ao sono. A dificuldade em adormecer reflete-se diretamente e de forma negativa na dificuldade em manter um sono

consistente, tendo em consideração que depois de acordar durante a noite, a criança não consegue voltar a adormecer sozinha. Consequentemente, a Insónia pode ter consequências negativas na saúde física e psicológica das crianças, incluindo sonolência diurna; fadiga; perda de iniciativa, energia e motivação; défice de atenção, concentração e memória; prejuízo ao nível do comportamento social e escolar; alterações do humor como irritabilidade; cefaleias, queixas gastrointestinais e sintomas emocionais causados pelo stress relacionado com a menor qualidade de sono e ainda a preocupação e ansiedade por não conseguir adormecer (Miano & Peraita-Adrados, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014; Thorpy, 2012).

Todavia, a Insónia Comportamental da Infância pode ser melhorada com a intervenção dos pais e/ou cuidadores e dos psicólogos, através da definição de limites relativamente à hora de dormir e através das alterações de comportamento relacionadas com o sono. Para além disso, existem diversas opções de tratamento para a Insónia, nomeadamente acompanhamento psicológico, farmacologia e terapia cognitivo-comportamental. Uma possível intervenção psicológica pode passar (como referido anteriormente) por incluir mudanças ao nível dos comportamentos e rotinas relacionadas com o sono, como a implementação de um horário regular para deitar e acordar e ao nível da alimentação como por exemplo evitar café ou produtos com elevados níveis de cafeína à hora de deitar (Miano & Peraita-Adrados, 2014; Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.1.2. Perturbações Respiratórias do Sono – Apneia Obstrutiva do Sono

As Perturbações Respiratórias do Sono (PRSs) incluem um abrangente conjunto de perturbações comuns nas crianças, nomeadamente a Apneia Central do Sono, a Apneia Obstrutiva do Sono e os Síndromes de Hipoventilação Relacionados com o Sono (Síndrome Hipoxémica e Hipoxemia devido a medicação) (Liu et al., 2016). Estas podem causar um intenso ressonar, apneias e alterações no decorrer do sono e sonolência diurna (Borovich et al., 2016). Supõe-se que entre 4 a 20% das crianças tenham PRSs, sendo que o seu predomínio tende a ser mais elevado nos rapazes e tem tendência a aumentar com o crescimento (Liu et al., 2016). As PRSs dão origem à sonolência diurna, a qual promove uma fraca regulação emocional, perturbações de comportamento e um fraco desempenho escolar (Kim et al., 2011). Por essa razão, é fundamental identificar e tratar essas perturbações precocemente, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças e o seu desenvolvimento escolar e emocional.

A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) é uma Perturbação Respiratória do Sono e a forma mais usual de apneia, com uma predominância nas crianças que varia entre 1 e 5% (NSF, 2017a). A AOS consiste na incapacidade em respirar durante o sono, e sucede no momento em

que se dá o colapso ou bloqueio das vias aéreas (de forma total ou parcial), o que pode provocar uma respiração mais superficial ou uma paragem respiratória (Marcus et al., 2012). Nos casos mais graves as pessoas podem deixar de respirar durante um minuto. Os sintomas mais recorrentes são o ressonar e as apneias (Carter et al., 2014). Estas pessoas não conseguem entrar no sono profundo e acabam por dormir pouco tempo. A AOS atinge de igual forma raparigas e rapazes, contudo, é mais comum a sua presença nas minorias étnicas (Marcus et al., 2012). Os sintomas da AOS desenvolvem-se predominantemente entre os 2 e os 8 anos (Carter et al., 2014) e estão em muitos casos associados à obesidade (Mitchell & Boss, 2009). Crianças com AOS podem manifestar problemas cardiovasculares, metabólicos, comportamentais (Blechner & Williamson, 2016; Constantin et al., 2014), emocionais, cognitivos e de aprendizagem (Bucks et al., 2012; Constantin et al., 2014) e hiperatividade (Weiss & Salpekar, 2010). A AOS está igualmente associada à manifestação de Parassónias, sobretudo Sonilóquios e Sonambulismo (Goodwin et al., 2004).

O diagnóstico desta perturbação baseia-se nos resultados da polissonografia. Este exame regista durante o sono: o Eletroencefalograma (EEG), o Eletrocardiograma (ECG), a saturação de oxigénio arterial, o ressonar e o fluxo respiratório. De acordo com a *American Academy of Sleep Medicine* (AASM), a AOS caracteriza-se pela presença de no mínimo cinco episódios de apneias ou hipopneias por hora de sono, acompanhados de sintomas noturnos ou diurnos, ou pela ocorrência de 15 ou mais desses episódios por hora de sono, independentemente da presença de sintomatologia (Saraiva & Cerejeira, 2014; Sateia et al., 2000). Uma apneia é caracterizada pela redução de 90 a 100% na passagem de ar por um período mínimo de 10 segundos, e é classificada como obstrutiva em situações de esforço respiratório mantido ou intensificado e como central na ausência de tentativas forçadas de respirar (Lévy et al., 2015). A adenotonsilectomia é um processo cirúrgico, considerado como a intervenção primária para o tratamento da AOS em crianças, com frequente melhoria do sono, da qualidade de vida e do comportamento após a sua realização (Marcus et al., 2012; Mitchell & Boss, 2009).

3.3.1.3. Hipersónia

A Hipersónia caracteriza-se pela presença de sonolência diurna excessiva, provocada pela incapacidade da criança se manter alerta e vigilante, originando lapsos não intencionais de adormecimento durante o dia (Thorpy, 2012). Este problema do sono é particularmente comum e afeta predominantemente as crianças mais novas, que são especialmente sensíveis à má qualidade de sono e também mais afetadas por perturbações do sono (Biggs, et al., 2014; Jiang

et al., 2015). Esta condição tem um impacto negativo no neurodesenvolvimento e na performance acadêmica, que compromete tanto o comportamento quanto a concentração, estado emocional e certas habilidades cognitivas, incluindo a flexibilidade mental e a capacidade de realização de raciocínio abstrato (Dewald et al., 2010; Silva, 2018; Walter et al., 2020). A hipersônia advém geralmente de um subconjunto de outras perturbações do sono que afetam a sua qualidade e impedem que este seja verdadeiramente restaurador (Chen et al., 2021; Thorpy, 2012).

3.3.1.4. Perturbações do Sono Associadas ao Ritmo Circadiano – Síndrome do Atraso das Fases do Sono

As Perturbações do Ritmo Circadiano do Sono caracterizam-se por um desalinhamento persistente ou recorrente entre o padrão de sono do indivíduo e o padrão de sono ideal, segundo os princípios sociais (Thorpy, 2012). Esta perturbação do sono está relacionada com o horário do sono, podendo ser proveniente da alteração dos períodos do sono (como por exemplo: turnos e mudança de turnos), ou de alterações dos mecanismos neurológicos, nomeadamente, a irregularidade do padrão sono-vigília e a Síndrome do Avanço de Fase (Neves, 2008). A Síndrome do Atraso das Fases do Sono é uma Perturbação do Ritmo Circadiano do Sono frequente em jovens, e define-se por um deslocamento tardio do período principal do sono, em relação ao momento esperado em que tal etapa deveria ocorrer. Como resultado origina um desajuste dos horários de ir para a cama e de despertar, com um atraso de cerca de duas horas sobre os horários convencionalmente aceites. A sua abordagem terapêutica inclui: a reinicialização do ritmo circadiano ajustado aos horários ideais de sono e de vigília; a adoção de um padrão de sono regular; e a implementação de estratégias eficazes relativamente à higiene do sono (Borges, 2000; Carter et al., 2014; Sack et al., 2007; Saraiva & Cerejeira, 2014; Walters, 2007).

3.3.1.5. Perturbações dos Movimentos Relacionadas com o Sono – Síndrome de Pernas Inquietas

As Perturbações do Movimento Relacionadas com o Sono caracterizam-se por movimentos que ocorrem numa fase inicial ou durante o sono, de que são exemplo as pequenas contrações e as câibras, e que prejudicam a qualidade do mesmo (NSF, 2017c). Deste grupo fazem parte o Síndrome das Pernas Inquietas, a Perturbação dos Movimentos Periódicos, as Câibras

Noturnas, o Bruxismo, os Movimentos Rítmicos e as Perturbações dos Movimentos durante o Sono (não especificados, devido a drogas ou patologia médica) (Saraiva & Cerejeira, 2014; Walters, 2007).

A Síndrome das Pernas Inquietas é caracterizada por uma sensação forte e desagradável nas pernas e uma tendência para as movimentar, expressando-se geralmente no início da noite. Os sintomas pioram com o repouso e a imobilização das pernas, enquanto o movimento alivia. Esta síndrome pode ser de difícil diagnóstico, tendo em consideração que é mais habitual em crianças com menos de 12 anos, que podem ter dificuldade em expressar os seus sintomas de forma adequada (Allen et al., 2003; Saraiva & Cerejeira, 2014). Ademais, pode promover o desenvolvimento da Insónia, uma vez que as crianças ligam o sono a sensações perturbadoras, permanecendo desta forma o receio, a ansiedade e a apreensão na hora de dormir (Moturi & Avis, 2010; Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.2. Parassónias

As parassónias são eventos indesejáveis de natureza motora, verbal ou experiencial que emergem durante o período de sono, associados a despertares incompletos, completos ou transição entre etapas do sono (Mindell et al., 1999; Saraiva & Cerejeira, 2014; Silva, 2018). Este tipo de perturbação engloba comportamentos, movimentos, reações, sensações, visões, sonhos e atividades atípicas do sistema nervoso autónomo anormais inerentes ao sono (Bruni et al., 2008; Saraiva & Cerejeira, 2014; Silva, 2018). São um fenómeno frequentemente verificado em crianças e, muitas vezes, relacionadas com o desenvolvimento cerebral em curso. Têm carácter benigno natural e espontâneo, tendem a ser auto-limitadas e desaparecem com a melhoria dos padrões de sono, amadurecimento da criança, ou tratamento de outras condições médicas, como a AOS. Em situações mais severas podem apresentar significativa interferência no descanso noturno e impactos negativos no bem-estar psicológico e social da criança e da respetiva família. Podem ainda provocar diminuição da concentração e da atividade do dia a dia, constrangimento social e lesões corporais (Bruni et al., 2008; NSF, 2017d). As Parassónias mais observáveis e frequentes nas crianças são os Terrores Noturnos, Pesadelos e Sonambulismo, que podem ser desencadeados por outra patologia como uma Perturbação Respiratória ou de Movimento Relacionado com o Sono (Guilleminault et al., 2003; Saraiva & Cerejeira, 2014).

Estudos clínicos e polissonográficos revelaram que as Parassónias não estão associadas a Perturbações Psiquiátricas, mas sim à ativação do Sistema Nervoso Central. A patogênese das Parassónias ainda não está completamente esclarecida, mas a oscilação rápida dos diferentes

estados do sono pode originar a interferência de elementos de um estado noutro, gerando Parassónias. O seu diagnóstico é frequentemente baseado num exame clínico minucioso e quando tal não é possível ou suficiente recorre-se à avaliação laboratorial do sono, através de Electroencefalograma (EEG), Registo Polisonográfico e muito esporadicamente pode realizar-se uma Ressonância Magnética Nuclear (RMN) ou uma Tomografia Computorizada (TC) Cerebral. O tratamento é sobretudo comportamental, tendo em consideração o tipo de Parassónia, e pode incluir a alteração de hábitos de sono, implementação de medidas protetoras, atividades de relaxamento, entre outras. Em casos mais complicados pode ser necessário recorrer à terapêutica farmacológica (Lima et al., 2021; Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.2.1. Pesadelos

Os Pesadelos são sonhos perturbadores que geralmente sucedem durante o sono REM e desencadeiam o acordar do indivíduo num estado muito agitado. Estes começam na primeira infância e tipicamente são perçecionados por cerca de 75% das crianças. O seu conteúdo tem tendência a ser variável, a transformar-se e a ser mais elaborado conforme a idade avança. Em crianças mais novas, os pesadelos podem envolver criaturas assustadoras e futuramente conteúdos visualizados na televisão ou experiências assustadoras vividas em casa ou na escola. Os Pesadelos são benignos e normalmente ocorrem com pouca regularidade. Porém, estes podem estar relacionados com uma doença ou ainda com stress psicológico. Quando sucedem com uma grande frequência e apresentam conteúdo fixo, pode significar que existe uma Perturbação de Ansiedade (Saraiva & Cerejeira, 2014). Esta Parassónia é muito frequente em crianças que passam por situações de stress pós-traumático (Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.2.2. Terrores Noturnos e Sonambulismo

Os Terrores Noturnos e o Sonambulismo são duas perturbações do sono que podem afetar crianças entre os 3 e os 10 anos de idade. Os Terrores Noturnos ocorrem durante o sono NREM no primeiro terço da noite, sendo que a sua frequência varia entre duas ou três vezes por semana a duas ou três vezes por mês. Durante o episódio, as crianças têm despertares abruptos com gritos, agitação, respiração intensa e transpiração excessiva (Guilleminault et al., 2003; Kotagal, 2009; Petit et al., 2015; Saraiva & Cerejeira, 2014). O Sonambulismo apresenta características semelhantes aos Terrores Noturnos como: idade em que ocorre, período da noite em que ocorre e frequência dos episódios. No entanto, nestas situações a criança pode ficar muito

agitada, correr pela casa ou simplesmente andar calmamente (Kotagal, 2009; Saraiva & Cerejeira, 2014).

É importante salientar que os Terrores Noturnos e o Sonambulismo podem coexistir e às vezes um pode converter-se no outro, o que pode dificultar a distinção entre as duas perturbações (Saraiva & Cerejeira, 2014; Szelenberger et al., 2005). Como tal, é fundamental compreender as características e diferenças entre Terrores Noturnos e Sonambulismo, de modo a facilitar o diagnóstico e o tratamento dessas mesmas perturbações. Além disso, é importante destacar que estes episódios podem gerar emoções e sentimentos sociais tanto para a criança como para a família, e que um acompanhamento médico especializado é essencial para controlar os sintomas (Saraiva & Cerejeira, 2014).

3.3.3. Problemas Psiquiátricos

As crianças com patologias psiquiátricas tendem a apresentar uma maior predisposição para as perturbações do sono. A relação entre perturbações do sono e manifestações psiquiátricas é mútua, verificando-se que um sono inadequado pode preceder e contribuir para o uso de drogas específicas e para o aparecimento de perturbações psiquiátricas específicas e, inversamente, as perturbações psiquiátricas podem resultar em perturbações do sono. As perturbações do sono são observadas em crianças afetadas por uma variedade de psicopatologias, incluindo depressão, ideação suicida, perturbação bipolar, perturbações de ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva e esquizofrenia. Por conseguinte, é fundamental o diagnóstico precoce de modo a possibilitar uma gestão eficaz e eficiente dos problemas do sono, com o propósito de melhorar os sintomas psiquiátricos existentes (Hudson et al., 2009; Ramtekkar & Ivanenko, 2015).

3.4. Consequências do Sono Perturbado nas Crianças

O sono perturbado em crianças pode manifestar-se de diversas formas, incluindo dificuldades em adormecer ou manter o sono, e em casos mais graves em apneia do sono. As crianças com perturbações do sono apresentam alguns sintomas, nomeadamente: ressonar intenso, despertares noturnos frequentes, agitação extrema, despertar muito cedo, sonolência diurna excessiva e fadiga. Estes sintomas podem originar algumas dificuldades temporárias, que desaparecem sem qualquer interferência ou ação, ou prolongar-se por períodos mais longos de tempo tendo implicações negativas ao nível da saúde mental e física da criança, da sua regulação emocional e comportamental e da aprendizagem. A identificação precoce e o tratamento adequado

das perturbações do sono em crianças são cruciais para garantir a qualidade do sono e prevenir efeitos negativos na saúde em geral e no desenvolvimento cognitivo e emocional. Os médicos e outros profissionais de saúde devem estar aptos a diagnosticar e tratar as perturbações do sono que afetam as crianças, a fim de promover o bem-estar infantil (Blunden, 2012; Canadian Sleep Society, 2012; Liukkonen et al., 2012; M. O. Santos et al., 2015; Simola et al., 2012; Witcher et al., 2012).

Os problemas de sono em crianças podem precipitar sintomas psiquiátricos, incluindo manifestações internas e externas de perturbações e hiperatividade. Estas dificuldades noturnas podem ser uma consequência de perturbações emocionais ou psicológicas e/ou um precipitante desses sintomas, resultado da privação de sono (Paavonen et al., 2009; Silva, 2018). Por exemplo, crianças em idade escolar com ansiedade generalizada apresentam tipicamente alterações no sono, que incluem deitar e acordar tarde, no mesmo horário do que o dos seus pares não-ansiosos, mas resultando num período menor de sono (Hudson et al., 2009; Silva, 2018). Além disso, crianças que têm menos horas de sono por noite têm um risco superior de desenvolver sintomas psiquiátricos com alguma gravidade (Paavonen et al., 2009).

Os problemas de sono tendem a surgir logo nos primeiros anos de vida, o que, a longo prazo, pode trazer consequências graves (Jan et al., 2010; Jiang et al., 2015; Simola et al., 2011). Rapazes que frequentam o ensino primário podem apresentar mais dificuldades em iniciar e manter o sono comparativamente a raparigas com a mesma idade, apontando para as diferenças que existem, nas diferentes fases de desenvolvimento, tanto nas necessidades de dormir como nos problemas de sono (Dewald et al., 2010; Ota et al., 2007).

3.4.1. Consequências do Sono Perturbado ao nível do Desempenho Escolar

O sono desempenha um papel fundamental ao nível da aprendizagem, da memória e do desempenho escolar das crianças, sendo que esses aspetos são influenciados tanto pela quantidade como pela qualidade do sono (Astill et al., 2012; Li et al., 2013). A redução do tempo de sono tem consequências severas para o desempenho em múltiplas áreas cognitivas, como tarefas que exigem a utilização de uma combinação de diferentes áreas cognitivas, a atenção e a vontade de aprender (Astill et al., 2012; Silva, 2018). Touchette et al. (2007) constataram que uma redução moderada, mas persistente, de uma hora de sono por noite na primeira infância tem um efeito negativo nas capacidades cognitivas no início da vida escolar. Crianças com sono insuficiente à noite têm uma probabilidade três vezes maior de desenvolver dificuldades de linguagem mais tarde (Kopasz et al., 2010). Esta situação indica que a aquisição e consolidação

da linguagem ao nível da memória podem ser consideravelmente impossibilitadas ou dificultadas por consequência da redução recorrente do período de sono da criança, no decorrer da infância. Complementarmente, as competências não-verbais tendem a sofrer uma redução como consequência de sonos de curta duração, o que significa que o perigo das crianças virem reduzidas as suas competências não-verbais aos seis anos de idade é o dobro, mesmo que se verifiquem melhorias no sono aos três anos de idade. A literatura sugere que há no decorrer da primeira infância, um período determinante para o desenvolvimento cognitivo, que pode ser prejudicado e comprometido quando o sono tem uma curta duração. De forma similar, de acordo com o estudo de Randazzo et al. (1998), crianças que dormem cinco horas têm tendência para apresentar um desempenho significativamente menor no pensamento abstrato e criatividade verbal, em comparação com crianças que dormem 11 horas. O início da escola muito cedo, é um dos aspetos que podem afetar e ter impacto na duração do sono e, consequentemente, no desempenho escolar. Este aspeto pode limitar a quantidade de sono que a criança consegue ter e consequentemente levar à privação de sono (Dexter et al., 2003; Keller et al., 2014; Wolfson et al., 2007).

A qualidade do sono aparenta ter uma influência mais significativa no funcionamento cognitivo em comparação com a duração. Contudo, a privação do sono e consequentemente, o reduzido número de horas dormidas provocam alterações na atenção e no desempenho de tarefas complexas (Dahl, 1999; Dewald et al., 2010; Gruber et al., 2014). A privação do sono está também relacionada com pequenas dificuldades na atenção, podendo mascarar ou agravar sintomas de PHDA, como impulsividade, distração e dificuldade em gerir a atenção e desempenhar tarefas complicadas que requeiram atenção em diversas áreas em simultâneo. Ademais, as crianças que normalmente ressonam correm um risco duas vezes superior de apresentar um desempenho escolar abaixo da média. Quanto mais recorrente for o ressonar, maior será o impacto negativo nesta componente. Esta relação pode ser mediada por défices neuro-cognitivos, perturbações comportamentais, dificuldades auditivas e sonolência diurna (Blunden et al., 2000; Urschitz et al., 2003). Segundo Blunden et al. (2000), as crianças que ressonam apresentam défices notáveis na sua capacidade de concentração, alcançando pontuações menores a nível de memória e inteligência. Não há uma capacidade de concentração normal e, neste contexto, as pontuações de inteligência e memória estão comprometidas. Os autores demonstraram que o sono tem um papel fundamental no processo de codificação de memórias, na memória operacional e na consolidação da memória de longo prazo, em crianças (Kopasz et al., 2010; Silva, 2018). Verificaram ainda que as crianças tiveram uma redução de desempenho em habilidades de execução e nas capacidades verbais, assim como no valor global do QI. Biggs et al. (2014)

registaram ligeiras melhorias neurocognitivas através do tratamento da PRSs utilizando a adenotonsilectomia. Contudo, as crianças envolvidas neste estudo não viram alterações ao nível das suas capacidades escolares, assim como ao nível do seu comportamento.

A qualidade do sono está relacionada com diversos aspetos da organização e funcionamento escolar, nomeadamente a vontade de aprender, que é influenciada de forma positiva pela percepção de que o sono foi reparador e de forma negativa pela dificuldade em acordar (Meijer et al., 2000). De acordo com estudos anteriores, a má qualidade do sono pode afetar o desempenho escolar, mais concretamente a matemática, o inglês e o francês (Gruber et al., 2014). Gómez et al. (2006) defendem que o sono é fundamental no desenvolvimento e estimulação da capacidade de abstração em crianças mais pequenas. A abstração é um processo fundamental para o desenvolvimento cognitivo e linguístico, que permite a criação de plasticidade na aprendizagem ao manter a sensibilidade a informações adquiridas, e ao permitir a generalização com casos semelhantes, porém não idênticos. Além da duração e da qualidade do sono, a sonolência diurna influencia igualmente o desempenho escolar. A sonolência diurna é um efeito resultante de um sono curto, de má qualidade ou de uma combinação de ambas as situações (Bourke et al., 2011; Dewald et al., 2010). E, como tal, daqui podem resultar perturbações ao nível da atenção e da motivação das crianças para aprender e do funcionamento neuro-cognitivo (Li et al., 2013).

Em suma, a influência da sonolência e da quantidade e qualidade do sono no desempenho escolar é maior nas crianças mais pequenas, do que nas outras faixas etárias, devido ao desenvolvimento do córtex pré-frontal, que decorre no início da adolescência (Casey et al., 2005). Esta fase é caracterizada por alterações na organização funcional e arquitetura estrutural do córtex pré-frontal, que vão diminuindo durante a adolescência. Por conseguinte, a sonolência, a falta de sono e a má qualidade do sono têm uma influência mais significativa nas funções do córtex pré-frontal, com maior impacto no desempenho cognitivo e escolar, e tende a ser maior no início da adolescência em comparação com o fim (Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017).

3.5. Prevenção de Problemas do Sono nas Crianças

As primeiras demonstrações comportamentais e emocionais que surgem no decorrer da idade escolar estão muitas vezes relacionadas com os problemas do sono (Serrão et al., 2007). Os problemas ao nível do sono nas crianças são um fenómeno muito frequente e estão geralmente relacionados com problemas no dia-a-dia (Moturi & Avis, 2010). Evitar estas questões

passa pela implementação de uma boa higiene do sono, a qual facilita e promove um bom descanso (Bruni & Novelli, 2010), sendo possível alcançar um sono restaurador através da criação de um ambiente favorável, apoiado por rotinas benéficas para o sono (Arman et al., 2010), tais como a prática de exercício físico durante o dia, evitar a prática de atividades agitadas antes de dormir e consolidar uma rotina de ir para a cama e acordar à mesma hora, que não comprometa as horas de sono preconizadas para cada faixa etária (Biggs et al., 2010; Kubiszewski et al., 2014; Matricciani et al., 2011; NSF, 2015; Williams et al., 2013).

A avaliação do sono é fundamental para a identificação e diagnóstico de perturbações do sono em crianças, sendo para esse efeito muito importante o papel dos médicos e psicólogos para que estas situações sejam detetadas atempadamente e compreendidas no contexto escolar e familiar tendo sempre em consideração que este tipo de perturbações podem não aparecer isoladas e ser o resultado de uma outra situação. Os profissionais de saúde têm diversas ferramentas que podem utilizar para o acompanhamento deste tipo de problemas – polissonografias, diários do sono, historial de sono e de comportamentos diurnos e dados de estimativas de atividade entre outros (Goodwin et al., 2004; Miano & Peraita-Adrados, 2014; Mindell et al., 1999, 2006). Ademais, é comum os problemas de sono nas crianças serem relatados e descritos aos profissionais de saúde pelos pais, sendo fundamental que exista também uma boa conexão e partilha de informação entre pais e professores. Os pais devem ter um conhecimento abrangente e adequado acerca do sono dos seus filhos, de forma a serem capazes de identificar a existência de possíveis problemas e perceber se estes podem ter origem noutras situações como o *Bullying* e a violência na escola (Vriend & Corkum, 2011).

Em suma, em virtude do predomínio da prática de comportamentos de *Bullying* nas escolas e dado o seu impacto ao nível da qualidade do sono, é fundamental que os professores, pais e profissionais de saúde estejam devidamente atentos às crianças com sono perturbado, e as questionem sobre o seu possível envolvimento na prática deste tipo de comportamentos (Wolke & Lereya, 2014). É igualmente crucial desenvolver medidas de prevenção com a finalidade de extinguir estes mesmos comportamentos de violência presentes nas escolas (Zhou et al., 2015).

Capítulo 4 | Desempenho Escolar

Neste capítulo será explorada a temática do desempenho escolar. Visar-se-á entender e caracterizar o desempenho escolar tendo em conta a sua importância no presente e também no futuro. As formas de avaliar o desempenho escolar, os fatores que influenciam esse mesmo desempenho e a sua importância, bem como os efeitos positivos que advêm de um bom desempenho escolar são alguns dos aspetos que serão também analisados. Será igualmente discutida uma das principais preocupações da educação na atualidade, que está relacionada com a problemática do insucesso escolar e do resultante abandono antecipado da escola e de que forma se pode prevenir este problema atual. Por fim, será analisada a importância da motivação ao nível do desempenho escolar do aluno e ainda a teoria dos três tipos de abordagens ao estudo.

4.1. Conceito e Importância do Desempenho Escolar nas Crianças

O desempenho escolar pode ser definido segundo o Programa Internacional de Avaliação do Desempenho Escolar dos Alunos (PISA) como a “capacidade de os alunos aplicarem conhecimentos e habilidades em assuntos-chave e de analisar, raciocinar e comunicar-se de maneira eficaz à medida que identificam, interpretam e resolvem problemas numa variedade de situações”, ou seja, o desempenho escolar resulta das competências académicas dos alunos, avaliadas em distintas áreas de aprendizagem (OECD, 2016, p. 13). O desempenho escolar é assim uma medida da capacidade de um aluno de atingir os objetivos educativos definidos pelas instituições escolares. Esta dimensão engloba a capacidade do aluno de aprender e aplicar conhecimentos, habilidades e valores em sala de aula, de realizar tarefas e projetos, de passar em exames e de obter boas notas. O desempenho escolar pode ser avaliado de várias formas, nomeadamente meios de avaliação formais como testes e trabalhos escritos, observação em sala de aula, participação em atividades extracurriculares e ainda feedback de professores e colegas de turma (Peng & Kievit, 2020). Segundo Lemos et al. (2008), o desempenho escolar começou a ser estudado no início do século XX com a ajuda de testes psicológicos, por intermédio da avaliação da inteligência dos alunos e das suas dificuldades de aprendizagem.

Este tema tem sido amplamente estudado ao longo dos anos por diversos autores, que procuraram compreender quais os fatores que influenciam o desempenho escolar dos alunos. Por ser uma temática que envolve várias dimensões, é atualmente, discutida em diversas áreas desde a psicologia à medicina. As diversas publicações dos últimos anos, vieram destacar a importância da nutrição e de uma dieta equilibrada para o bom desenvolvimento cognitivo das

crianças em idade escolar, situação que afeta, sobretudo, os países menos desenvolvidos e as classes sociais mais desfavorecidas. Paradoxalmente, nos países mais desenvolvidos, prevalecem maioritariamente os casos de obesidade, o que também constitui um desafio para estes países. Para além dos fatores fisiológicos, existe também outra vertente, que inclui os fatores sociais, económicos, relacionais e familiares. A psicologia explora assim a influência das características de personalidade, a relação do aluno com o ambiente e o desenvolvimento relacional e emocional com os pares (Jirout et al., 2019; Li et al., 2017).

Atualmente, existe uma grande preocupação com o desempenho escolar e com a formação académica das crianças. Devido ao padrão cultural que associa o nível académico ao sucesso profissional, a escolha das instituições de ensino mais bem classificadas nos rankings, e onde existe mais segurança são muitas vezes associadas ao sucesso escolar. Contudo, o *Bullying* é um fenómeno transversal a todos os estabelecimentos de ensino. Muitas crianças são constantemente confrontadas no seu dia-a-dia na escola, com situações de violência (*Bullying*), com as quais não sabem lidar e que por vezes influenciam e impactam de modo determinante o seu percurso escolar, o seu bem-estar e o seu desenvolvimento pessoal e social (Delaney & Devereux, 2022; Freire et al., 2006; Mesquita, 2022).

Um bom desempenho escolar pode ser importante para os alunos que procuram oportunidades educacionais e profissionais. Ademais, o sucesso escolar pode ter efeitos positivos no desenvolvimento socio-emocional dos alunos, na autoestima e na confiança. No entanto, importa lembrar que o desempenho escolar é apenas uma medida limitada da capacidade de um aluno, e que cada aluno tem as suas próprias necessidades e desafios individuais. Por isso, é essencial que os educadores, os pais e os próprios alunos encontrem maneiras de apoiar o desenvolvimento escolar e pessoal de cada indivíduo, independentemente do seu desempenho escolar (Veríssimo et al., 2022).

Por conseguinte, uma das principais preocupações da educação na atualidade diz respeito à problemática do insucesso na escola e ao consequente abandono escolar (Martins & Proença, 2019; Paiva & Lourenço, 2011). A superação do insucesso escolar passa em grande parte pela conceção de ambientes de sala de aula adaptados e ajustados, através da criação de métodos de aprendizagem que motivem e impulsionem os alunos a envolverem-se e interessarem-se pela aprendizagem e pelo conhecimento, e do desenvolvimento de um papel de agentes ativos no que concerne à identificação de sinais capazes de clarificar como se originam e desenvolvem os problemas educacionais e adaptativos (Paiva & Lourenço, 2011). Antonio Huertas (2000) destaca ainda a relevância da criação de ambientes de sala de aula nos quais os alunos se sintam envolvidos e seguros para partilhar os seus ideais, e onde possam sentir o seu

progresso na aprendizagem e a satisfação pelo que fazem. Isto significa que o aluno ao estar num ambiente em que se sinta seguro e confortável, irá colocar as suas dúvidas mais facilmente e sem medo, criando-se desta forma as condições fundamentais para uma melhor aprendizagem, que subsequentemente se refletirá no seu desempenho escolar. Deste modo, pode-se considerar que os ambientes educacionais são os contextos psicossociológicos que condicionam a aprendizagem (Fraser, 1986).

Segundo algumas investigações realizadas em Portugal, a motivação poderá ser capaz de esclarecer a razão pela qual na adolescência a avaliação deixou de ter alguma capacidade esclarecedora acerca dos níveis de desempenho escolar dos alunos, sugerindo que nesta fase do desenvolvimento, os aspetos motivacionais são os mais decisivos e significativos ao nível do desempenho escolar (Almeida & Lemos, 2005; Lemos et al., 2007; Miranda & Almeida, 2011). Em conformidade com o paradigma cognitivista ou sociocognitivo, a motivação escolar é pensada como um ato impulsionado por processos psicológicos internos que regulam e energizam o comportamento, a persistência do indivíduo na tarefa e a sua reação emocional às consequências obtidas (Boekaerts, 2002; Fialho, 2021; Suárez & Fernández, 2011; Miranda & Almeida, 2011). O estudante consolida e fortalece ao longo do tempo o seu “self académico”, o qual é concebido como o motor e o orientador das suas ações, expectativas e aspirações quanto à escola, englobando: as oportunidades e exigências de aprendizagem; a informação recebida de professores e colegas; a prática autoavaliativa; os sucessos e fracassos vivenciados; o tipo e nível de suporte recebido da parte de professores, pais e amigos, entre outros; determinando tudo isso o nível de motivação do adolescente, o qual condiciona o seu rendimento escolar (Boekaerts, 2002; Suárez & Fernández, 2011).

A atitude ativa do aluno relativamente ao estudo, tem vindo a ser destacada como fundamental para o seu desempenho escolar, em diversas investigações, o que significa que o envolvimento e empenho do aluno naquele que é o seu processo de aprendizagem, influencia e tem impacto tanto nas estratégias cognitivas e metacognitivas que o guiam e auxiliam na realização das tarefas, como na regulação da persistência e do esforço, refletindo-se direta e positivamente no seu desempenho escolar (Núñez Pérez et al., 1995, 1997; Monteiro et al., 2005; Mello & Alliprandini, 2022). Davies et al. (1997) verificaram que os alunos com um maior conhecimento dos seus métodos de estudo eram igualmente os que possuíam um melhor desempenho escolar, tendo também observado que os resultados escolares eram melhores nos alunos que recorriam e colocavam em prática estratégias mais relacionadas com compreensão em comparação com os que aplicavam estratégias com foco na memorização de conteúdos. Para Biggs (1991) existem três tipos de abordagens ao estudo: (1) *Abordagem Superficial*

baseada na resolução automática de problemas, que está associada a um baixo desempenho escolar; (2) *Abordagem Profunda*, que tem como principal objetivo compreender os conteúdos e é geralmente utilizada por alunos interessados e que procuram compreender o significado atribuído aos trabalhos e (3) *Abordagem de Alto Rendimento*, cujo principal objetivo é demonstrar as próprias competências que resultam das elevadas classificações que alcançam nas avaliações, isto é, está correlacionada com os resultados escolares muito bons, embora as motivações para os alcançar sejam distintas (Biggs, 1993; Violato & Andrews, 1994; Rosário, 1999).

Segundo um estudo realizado por Rosário et al. (2001) foi possível observar que “a abordagem profunda e a de alto rendimento originam correlações significativas e positivas com o desempenho escolar, embora a correlação da abordagem profunda seja a mais elevada”. De acordo com estes autores, os alunos que têm como propósito assimilar aquilo que lhes é transmitido e ensinado e que procuram investir cada vez mais nas suas aprendizagens pessoais, notam que o seu esforço e dedicação se espelham no seu desempenho escolar, registando correlações significativas. Pelo contrário, os alunos que utilizam a abordagem superficial têm tendência a exibir piores resultados escolares (Rosário et al., 2001). Para Figueira (2000), os bons alunos, em geral, mostram dominar e aplicar mais estratégias de aprendizagem, além de terem mais capacidade para desenvolver mecanismos que os direcionam para alcançar, estruturar e aplicar o que aprendem de forma mais apropriada.

Concisamente, dado que o desempenho escolar é um elemento essencial da vida dos jovens, e é um fator chave para o seu desenvolvimento no futuro, é importante estudar o impacto do *Bullying* no seu desempenho na escola (Karande & Kulkarni, 2005).

Capítulo 5 | *Bullying*, Sono e Desempenho Escolar

Neste capítulo será alvo de destaque o impacto e as consequências dos comportamentos de *Bullying* na qualidade do sono e no desempenho cognitivo e escolar e ainda, ao nível da saúde mental, do comportamento e das emoções das crianças em idade escolar. Discutir-se-á também, a relação entre o sono e as dificuldades de regulação emocional e comportamental das crianças que se envolvem em comportamentos de *Bullying* e o subsequente e significativo impacto da qualidade do sono relativamente ao desempenho escolar.

5.1. Correlações entre *Bullying*, Sono e Desempenho Escolar

O *Bullying* é um problema grave que afeta muitas crianças e adolescentes em idade escolar. Este fenómeno pode ter consequências graves na saúde mental e física das crianças. Vários estudos sugerem igualmente que o *Bullying* pode ter também ele efeitos negativos no sono e no desempenho escolar dos envolvidos (Gomez-Baya et al., 2022; Wolke & Lereya, 2015). A ansiedade e o stress associados ao *Bullying* podem interferir com o sono e provocar dificuldades para adormecer, sono interrompido e insónia. Também a preocupação com a própria segurança e a insegurança emocional podem interferir com o início do sono, levando a uma diminuição total do número de horas dormidas, o que contribui potencialmente para os efeitos negativos na qualidade do sono. Ademais, o medo de ser vítima de *Bullying* pode levar por um lado, os alunos a evitarem frequentar a escola devido a sentirem-se inseguros e subseqüentemente, afetar o seu desempenho escolar e, por outro lado, agravar ainda mais os problemas de sono (He et al., 2022; Niedhammer et al., 2009).

Relativamente ao desempenho na escola, alguns estudos sugerem uma associação negativa entre a adoção de comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar (Paul & Cillessen, 2003; Riffle et al., 2021). Um estudo recente realizado por Riffle et al. (2021) que envolveu 7.794 alunos identificou uma relação entre comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar, ou seja, quanto mais envolvidos estiverem neste tipo de comportamentos, menor será o seu desempenho escolar (Feldman et al., 2014; Glew et al., 2005). Outro estudo realizado em Portugal por Costa e Pereira (2010) que envolveu uma amostra de 3891 alunos com idades entre 5 e 16 anos, demonstrou que os alunos com insucesso escolar envolviam-se mais frequentemente em incidentes de vitimação e agressão, em comparação com os alunos com sucesso escolar. Os autores verificaram também que os alunos com insucesso escolar registaram valores relativos superiores no papel de agressores (19,7%), seguindo-se as vítimas-agressoras (18,9%) e por último as vítimas (16%), verificando-se que o insucesso escolar é um sinal de alerta para a

prática de agressões e intimidações (*Bullying*) em contexto escolar. Uma outra investigação realizada por Cornell et al. (2013) em 276 escolas públicas do ensino médio da Virgínia constatou que a prevalência de comportamentos de *Bullying* foi preditiva relativamente a taxas de abandono escolar. Estes resultados fornecem novas evidências de que a prevalência deste fenómeno no ensino médio é um fator importante no desempenho escolar.

Em relação ao sono, sabe-se que a qualidade do sono é fundamental para a consolidação da memória e da aprendizagem, especialmente em crianças em idade escolar. Dado que as funções do sono estão relacionadas com o equilíbrio geral do corpo, é expectável que um sono agitado origine desequilíbrios em várias funcionalidades do indivíduo (Mindell & Lee, 2015). Alguns estudos sugerem que existe uma relação entre o sono e as dificuldades de regulação comportamental e emocional das crianças envolvidas em situações de *Bullying* (Agostini et al., 2019; Goldstein & Walker, 2014; Gregory & Sadeh, 2012; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Biachi, 2017; O'Brien et al., 2011; Vriend et al., 2013). Neste sentido, um sono perturbado e de má qualidade em virtude da privação do sono, da irregularidade dos horários de sono e das perturbações do sono pode dar origem por um lado, a problemas comportamentais como: a hiperatividade, a agressividade, a impulsividade e a problemas de conduta e, por outro lado, contribuir para o surgimento de problemas emocionais, como: a ansiedade, a irritabilidade, a depressão e a solidão e, consequentemente, levar à inatenção e à diminuição da concentração e da cognição, afetando a capacidade das crianças ao nível da aprendizagem, do desempenho escolar e da retenção de informação (Alfano & Gamble, 2009; Dahl, 1999, 2006; Haynes et al., 2006; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Peach & Gaultney, 2013; Vriend et al., 2013). Subsequentemente, existe um impacto significativo da qualidade do sono relativamente ao desempenho escolar. Os alunos com maior consistência de sono apresentam melhor desempenho escolar (Hershner, 2020). A reduzida duração do sono está também ela associada a efeitos cognitivos (Javaheripour et al., 2019), diminuição do desempenho, doença cardiovascular (Deng et al., 2017), obesidade (Reutrakul & Van Cauter, 2018), diabetes, mortalidade por todas as causas, hipertensão, diminuição do humor (Pires et al., 2016), aumento de comportamentos de risco e utilização de substâncias (Shochat et al., 2014). Neste sentido, o sono e a sua consistência podem contribuir para um maior impacto no desempenho escolar das crianças (Hershner, 2020).

A nível comportamental e como acima referido, de acordo com a literatura existe uma relação entre o sono e a regulação comportamental. Estudos apontam para uma correlação entre o sono perturbado e de má qualidade em crianças e adolescentes e problemas de comportamento, incluindo comportamentos agressivos e conduta inadequada (Kamphuis et al., 2012;

Peach & Gaultney, 2013; Vriend et al., 2013). Biggs et al. (2015) desenvolveram um estudo com crianças entre os 3 e os 5 anos de idade e observaram que as crianças que apresentavam diagnóstico de PRSs manifestavam consideravelmente mais problemas comportamentais em comparação com as crianças que não tinham tal diagnóstico. Os autores constataram ainda, que após uma melhoria dos problemas de sono verificou-se uma redução da inatenção e do comportamento agressivo das mesmas. Já Street et al. (2016) desenvolveram o seu estudo com jovens do ensino secundário e descobriram uma associação inversa e significativa entre a duração do sono e a agressão física. Os autores verificaram que a depressão (humores deprimidos) e os comportamentos antissociais são aspetos que provocam, motivam e facilitam os comportamentos agressivos, tal como indica a literatura (Hawkins et al., 2000; Obeidallah & Earls, 1999; Street et al., 2016).

A nível emocional e como acima mencionado, a relação entre o sono e a regulação emocional é uma questão amplamente aceite na literatura científica. Sabe-se que as estruturas cerebrais e neurológicas envolvidas na regulação emocional estão igualmente envolvidas no processo do sono, tornando previsível uma relação forte entre os dois (Goldstein & Walker, 2014). Diversos estudos têm comprovado a relação entre o sono perturbado e o surgimento de problemas do foro emocional (Arman et al., 2010; Holley et al., 2011). Hudson et al. (2009), por exemplo, constataram que crianças ansiosas com idades compreendidas entre 7 e 12 anos, têm o hábito de se deitar mais tarde e, conseqüentemente, dormem menos no período semanal. Em contrapartida, ao fim de semana, as crianças adormecem mais rápido e tendem a experienciar menos despertares noturnos. Esta observação justifica-se visto que os problemas de sono estão mais relacionados com algumas manifestações de ansiedade, como por exemplo, a fobia escolar, do que com outros (Gregory & Eley, 2005). Liu et al. (2016) constataram igualmente, que crianças do 4º ao 6º ano com PRSs apresentaram uma maior probabilidade de puder vir a exibir problemas emocionais, como a depressão e solidão. Gregory et al. (2006) verificaram também que crianças e adolescentes entre os 4 e 16 anos, que tinham um sono perturbado e de má qualidade, apresentavam também elas sintomas depressivos. Complementarmente, Vriend et al. (2013) mostraram que dificuldades no funcionamento e regulação emocional em crianças entre os 8 e 12 anos, podem ser causadas por alterações na duração do sono. Estes descobrimentos são consistentes com outros estudos realizados com crianças mais novas, adolescentes e adultos (Mindell & Lee, 2015; Tempesta et al., 2010). De acordo com vários estudos, posteriormente ao tratamento dos problemas e complicações associadas ao sono, foi possível observar significativas melhoras ao nível das dificuldades de

autorregulação emocional das crianças (Goldstein et al., 2000; Talbot et al., 2010; Vriend et al., 2013).

A prática de comportamentos de *Bullying* tem tendência a aumentar durante a infância e atinge o seu auge no início da adolescência (no 3º ciclo) (Carvalhosa et al., 2009; Hymel & Swearer, 2015; Lopez et al., 2011). Simultaneamente ao crescimento dos comportamentos de *Bullying* ao longo da pré-adolescência ocorrem também as mudanças e alterações cruciais no funcionamento e na estrutura do córtex pré-frontal. Estas transformações tornam as crianças mais vulneráveis relativamente às implicações dos problemas de sono ao nível da regulação comportamental e emocional e vice-versa (Dewald et al., 2010; Taylor et al., 2005). Não existem certezas sobre o tipo de relação que ocorre entre o sono e os problemas comportamentais e emocionais (Kubiszewski et al., 2014; Street et al., 2016). Wang et al. (2020) defendem que as dificuldades e complicações emocionais e comportamentais podem constituir fatores de risco para o surgimento de problemas de sono. Segundo os autores, os problemas comportamentais e de sono relacionam-se de forma bidirecional. No seu estudo longitudinal com 1543 crianças com idades entre 5 e 14 anos, os autores observaram que aquelas que apresentavam sintomas de depressão, ansiedade, inatenção e comportamentos agressivos tiveram reduções mais acentuadas na qualidade do sono no decorrer da investigação. Por esta razão, os investigadores suspeitam que os problemas comportamentais estão profundamente relacionados com a fase inicial dos problemas de sono e não simplesmente com as alterações do sono que decorrem ao longo do tempo. Todavia, as crianças com problemas de sono manifestaram mais hipóteses de apresentar somente falta de atenção e comportamentos violentos. Isto indica que a ligação entre o sono e as emoções é unidirecional, sendo que a depressão e ansiedade possibilitaram antecipar o desenvolvimento de problemas de sono, mas o oposto não se comprovou.

As crianças que têm um sono perturbado ou insuficiente têm tendência para sentir uma fadiga cumulativa ao longo do dia. Esta fadiga intensifica a probabilidade de estas se sentirem menos concentradas e irritáveis, serem mais impacientes e não conseguirem controlar as suas emoções e os seus comportamentos (Abe et al., 2010; Anderson & Platten, 2011; O'Brien et al., 2011; Witcher et al., 2012). Como consequência, estas crianças exibem mais problemas de ansiedade, atenção, depressão e ainda dificuldades a nível social. A dificuldade das crianças na autorregulação pode também provocar-lhes instabilidade a nível emocional e maior reatividade face aos colegas. Consequentemente, acabam por criar ainda mais dificuldades sociais e interações problemáticas, tais como o *Bullying*. Segundo O'Brien et al. (2011), as crianças com problemas de comportamento, desobedientes e insubordinadas na escola, manifestam duas vezes mais sintomas de PRSs comparativamente com os colegas que não apresentam tais problemas.

Os autores defendem que a privação do sono nas crianças afeta negativamente a autorregulação emocional, responsável pelo controlo dos instintos como a agressão. Tal facto indicia que os agressores possivelmente não estão a dormir o necessário, aceitável e recomendado, o que provoca um aumento da irritabilidade, e ainda a dificuldade de tomarem a decisão certa no que diz respeito à forma de proceder e se relacionar com os outros. Também Biggs et al. (2011) demonstraram que as crianças e adolescentes que apresentam variações relativamente à hora de deitar por um período superior a duas horas ou que têm um sono de curta duração, têm maior probabilidade de apresentar níveis elevados de hiperatividade. Estes resultados indicam que crianças e adolescentes envolvidos em comportamentos de *Bullying* podem estar mais vulneráveis e suscetíveis a desenvolver problemas psicossociais devido ao sono perturbado e de má qualidade.

Do mesmo modo que o sono interfere e afeta a prática de comportamentos agressivos como o *Bullying*, também o *Bullying* interfere e afeta as diversas componentes do sono (Gomes et al., 2017; Zhou et al., 2015). Zhou et al. (2015) demonstraram que as crianças e adolescentes envolvidos na prática de comportamentos de *Bullying* têm tendência para apresentar um sono de má qualidade, uma duração de sono mais curta, uma latência de sono mais longa e mais perturbações do sono. Para além disso, têm de recorrer a medicação para dormir e têm dificuldade em ser funcionais ao longo do dia. O envolvimento em comportamentos de *Bullying* quer como vítimas, *bullies*, vítimas-agressoras ou observadores constitui assim um perigo substancialmente superior de desenvolverem sonos de má qualidade. Ademais, quanto mais recorrente e exposta a este tipo de violência estiver a criança, mais fraca será a sua qualidade do sono.

A privação do sono leva por um lado, ao aumento da capacidade de experienciar emoções negativas e, por outro lado, à diminuição da ocorrência de emoções positivas, características estas típicas do agressor. Para além disso, provoca uma transformação na forma como os indivíduos percebem, expressam e modificam estas mesmas emoções (Palmer & Alfano, 2017; Walker & van Der Helm, 2009). Acredita-se igualmente, que o sono de má qualidade, sobretudo o de curta duração, com horários pouco regulares e padrões distintos nos períodos da semana (deitar tarde durante a semana e acordar a horas tardias ao fim de semana), origine uma redução da empatia nas interações com os outros e também uma dificuldade em reconhecer as emoções dos outros, o que poderá dificultar por sua vez, a deteção e a identificação de sentimentos de dor que os *bullies* possam causar nas suas vítimas (Beebe, 2011; Killgore et al., 2008; Kubiszewski et al., 2014; Zhou et al., 2015).

Segundo Street et al. (2016), existe uma associação inversa entre a duração do sono e a agressão física relativamente aos pares. Esta associação pode estar relacionada com os processos biológicos envolvidos nas alterações hormonais, resultantes do stress físico que resulta da privação do sono. O stress físico por sua vez origina o humor perturbado, isto é, consoante a pessoa se sente cansada fisicamente, tende a sentir-se também ela simultaneamente lábil e/ou deprimida a nível emocional (Nixon et al., 2008;). As perturbações do humor constituem assim fatores de risco para o desenvolvimento de comportamentos agressivos (Obeidallah & Earls, 1999; Owens et al., 2010). Além disso, os horários pouco regulares também contribuem para aumentar o humor deprimido, a impulsividade e a irritabilidade e tendem a reduzir a inibição relativamente a estímulos negativos, desencadeando comportamentos agressivos e antissociais (Anderson & Platten, 2011; Street et al., 2016) e, subsequentemente, contribuindo para o aumento do risco da criança se tornar um *bully* (Hawkins et al., 2000; Kubiszewski et al., 2014). Tais aspetos podem ocorrer pelo efeito redutor da privação do sono no funcionamento do córtex pré-frontal. O córtex pré-frontal é a região cortical que controla as respostas inapropriadas. A redução ou perda desse controlo, pode dar origem a respostas descontroladas, agressivas e impulsivas (Kamphuis et al., 2012). O *Bullying* influencia igualmente o sono dos agressores porque está relacionado com pensamentos intrusivos e ruminantes e ainda preocupação antes e depois da ocorrência de uma situação. O sistema de alerta e resposta ao stress aumenta de forma significativa ao longo da adolescência, o que faz com que os adolescentes estejam mais suscetíveis a esses pensamentos em comparação com crianças mais novas (Kubiszewski et al., 2014; Zhou et al., 2015).

Tipicamente as crianças vítimas de comportamentos de *Bullying* manifestam comparativamente com as crianças que não sofrem tal agressão, mais problemas e alterações relacionadas com o sono, de que são exemplo: insónias e angústia noturna e diurna, enurese noturna e pesadelos (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Van Geel et al., 2016). Todavia, os horários e a duração do sono são semelhantes aos das crianças que não estão envolvidas em comportamentos de *Bullying*, com exceção de que as crianças que são vítimas de agressão apresentam uma maior tendência para dormir mais cedo, possivelmente, como forma de compensação do sono perdido (Kubiszewski et al., 2014). As vítimas de comportamentos de *Bullying* apresentam mais perigo de vir a manifestar anos mais tarde, problemas e alterações relacionadas com o sono como: pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo. Comumente, as crianças vítimas-agressoras, no período semanal têm o hábito de se deitar mais tarde e ao fim de semana, de acordar mais tarde (Kubiszewski et al., 2014). Estas têm um risco superior de vir a manifestar problemas relacionados com o sono, como por exemplo o desenvolvimento de uma parassónia

(Hunter et al., 2014; Wolke & Lereya, 2014). Ademais, as vítimas de comportamentos de *Bullying* tendem a manifestar um extenso quadro de consequências a nível físico e emocional, de que são exemplo a depressão, a ansiedade e a Perturbação de Stress Pós-Traumático e em casos mais extremos os pensamentos suicidas (Hay et al., 2010; Lereya et al., 2015; Litman et al., 2015). Como consequência, podem advir complicações relacionadas com o sono, como por exemplo, dificuldades em adormecer (insónia) e pesadelos, em que as vítimas revivem o trauma da agressão.

Os problemas de sono têm um impacto negativo no funcionamento de regulação do stress. A agressão através de comportamentos de *Bullying* é considerada uma situação de stress traumática que pode originar mudanças no funcionamento do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA) (Hellhammer et al., 2009; Zhou et al., 2015). Este eixo é um constituinte central da resposta neuroendócrina do corpo ao stress, que resulta na produção de cortisol (Tsigos & Chrousos, 2002). Assim, a exposição a comportamentos de *Bullying* escolar resulta no aumento da atividade do eixo HPA (Knack et al., 2011), o que pode estar correlacionado com problemas de sono, como sono perturbado, despertares noturnos e sono insuficiente (Buckley & Schatzberg, 2005; Capaldi et al., 2005). A desregulação do eixo HPA provocada pelos comportamentos de *Bullying* escolar pode estar correlacionada com problemas de sono em geral e também com problemas de sono mais específicos, como as parassónias (Kubiszewski et al., 2014). O *Bullying* pode ser considerado um evento traumático que aumenta também o risco de as crianças manifestarem terrores noturnos e pesadelos (Wolke & Lereya, 2014). Ademais, o stress causado pelo *Bullying* pode provocar por um lado, uma hiperexcitação fisiológica e, por outro lado, pode levar ao processamento contínuo de informação de ameaça, o que pode ter implicações nos padrões de sono (Nielsen & Levin, 2007). Uma condição fundamental do sono é a sua forte ligação com a sensação de segurança, por isso, a sensação de ameaça e o consecutivo desassossego podem consequentemente dificultar o processo da criança adormecer e afetar negativamente a qualidade do seu sono. Dahl e Lewin (2002) afirmam que o sentimento de pertença e de vínculo à sociedade contribuem para que o ser humano se sinta seguro. As vítimas de *Bullying*, atendendo ao stress social que experienciam como resultado da vitimização podem sentir-se ameaçadas e inseguras, o que prejudica por consequência o seu sono. Para além disso, um sono de má qualidade reduz a autoconfiança e conduz à utilização de estratégias de *coping* inúteis e ineficientes em situações de stress elevado. Estes aspetos contribuem assim, para que a criança fique mais vulnerável aos ataques de *Bullying* (Hicks & Picchioni, 2003; Killgore et al., 2008).

Em suma, o sono influencia os comportamentos agressivos, da mesma forma que o *Bullying* influencia as diversas componentes do sono (Zhou et al., 2015). As crianças vítimas de *Bullying* manifestam mais problemas ligados ao sono em comparação com as outras crianças (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Van Geel et al., 2016). Embora ainda não existam estudos suficientes que expliquem ao certo esta relação, sabe-se que o envolvimento em comportamentos de *Bullying* também se reflete no sono dos agressores para além das vítimas (Gomes et al., 2017; Zhou et al., 2015). Os comportamentos de *Bullying* podem assim ter efeitos nocivos ao nível do sono e também do desempenho escolar dos alunos envolvidos. Assim, é importante que as escolas e os pais estejam cientes desses efeitos e tomem medidas e trabalhem juntos, para prevenir este tipo de violência, contribuindo para a promoção de um ambiente escolar seguro e acolhedor. Essas medidas podem incluir a implementação de políticas anti-*Bullying*, o apoio emocional e psicológico das crianças envolvidas e a educação sobre a importância do sono para a saúde e o desempenho escolar. É fundamental que os alunos tenham acesso a recursos de suporte para ajudá-los a lidar com os efeitos deste fenómeno no seu sono e no seu desempenho escolar. Ao garantir que os estudantes estejam seguros e tenham um sono adequado, podemos ajudá-los a alcançar o seu potencial escolar. Por conseguinte, a promoção de um sono de qualidade pode ajudar a melhorar não só a aprendizagem e o desempenho escolar dos alunos, mas também a reduzir os efeitos negativos do *Bullying* (Goodwin et al., 2019; Mei et al., 2021; Rigby, 2003; Vaz & Villa, 2021).

Capítulo 6 | Pertinência do Estudo e Definição do Problema

Objetivos e Metas de Investigação

Neste capítulo será apresentada a importância e pertinência do estudo e a definição do problema, bem como os objetivos e metas de investigação (gerais e específicos).

6.1. Pertinência do Estudo e Definição do Problema

A violência escolar tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas duas décadas (Silva & Assis, 2017). O aumento do número de casos é preocupante, devido ao impacto que este tipo de violência pode ter na criança a vários níveis, nomeadamente no que diz respeito ao sono infantil. De acordo com Bathony e Suzy (2017) um sono apropriado nas crianças é imprescindível para um desempenho físico e mental adequado e para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Um sono perturbado e de má qualidade está associado a uma pobre regulação emocional e comportamental e a um fraco desempenho escolar e cognitivo (Li et al., 2013; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Vriend et al., 2013). Tipicamente as crianças que têm um sono perturbado, têm mais hipóteses de virem a manifestar comportamentos impulsivos, quando confrontadas com estímulos negativos, apresentando uma maior dificuldade em inibir e controlar uma resposta incorreta e negativa de forma mais rápida. É também comum nestes casos exibirem comportamentos antissociais e agressivos e ainda perderem o interesse pela escola (Carvalhosa et al., 2001). Esta postura consequente de um sono desadequado, pode estar na base da prática de *Bullying* muito frequente nas instituições de ensino, a qual provoca efeitos significativamente negativos, nocivos e muito prejudiciais às crianças, em vários domínios (Anderson & Platten, 2011; Olweus & Breivik, 2014).

O *Bullying* representa assim um problema, tendo em conta que crianças vítimas deste tipo de agressões podem ficar desmotivadas, afetando o seu rendimento escolar e em casos mais graves levar até mesmo ao abandono escolar; podem isolar-se, vendo o seu desenvolvimento social comprometido; e em casos mais extremos, o *Bullying* pode causar depressão e até levar ao suicídio (Andrade & Li, 2020; Lima et al., 2020; Klomek et al., 2007). É por isso fundamental, abordar a problemática do *Bullying* e investigar as suas causas, assim como suas possíveis consequências. Neste sentido, justifica-se assim deste modo, a pertinência desta investigação. Como tal, e de acordo com a literatura, é pertinente analisar as relações existentes entre os comportamentos de *Bullying*, o sono e o desempenho escolar que estão relacionados entre si, de modo a possibilitar o aumento do conhecimento relativamente a três problemas modernos da atualidade – a prevalência e o aumento crescente de comportamentos de *Bullying*

nas escolas, a influência das Perturbações do Sono e consequentemente o decréscimo do desempenho cognitivo e escolar, numa população vulnerável às suas consequências a curto e a longo prazo. Para essa finalidade, o presente estudo tem como objetivo geral, verificar se o facto de estar envolvido em comportamentos de *Bullying* (quer como agressor, vítima ou observador) afeta a qualidade do sono e o desempenho escolar em alunos do 1º ciclo do ensino básico (crianças em idade escolar) em Portugal. E pretende responder à seguinte questão de investigação: Será que existe influência do *Bullying* na Qualidade do Sono e no Desempenho Escolar das Crianças em Idade Escolar?

6.2. Objetivos e Metas de Investigação

6.2.1. Objetivo Geral

A presente investigação tem como objetivo geral verificar se o facto de estar envolvido em comportamentos de *Bullying* (quer como agressor, vítima ou observador) afeta a qualidade do sono e o desempenho escolar em alunos do 1º ciclo do ensino básico (crianças em idade escolar) em Portugal.

6.2.2. Objetivos Específicos

1. Aferir o desempenho escolar das crianças que compõem a amostra.
2. Descrever os hábitos de sono das crianças que compõem a amostra.
3. Caracterizar os alunos envolvidos em comportamentos de *Bullying* quer como agressores, vítimas ou observadores quanto à qualidade do sono.
4. Verificar se existem alterações da qualidade do sono relacionadas com comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola.
5. Verificar se existem alterações do desempenho escolar relacionadas com comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola.

II PARTE – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Capítulo 7 | Método

Neste capítulo será apresentada a metodologia do presente estudo, nomeadamente delineamento da investigação, operacionalização de variáveis, identificação das hipóteses de investigação, descrição dos participantes e caracterização da amostra, explicação dos instrumentos utilizados e, por fim, especificação dos procedimentos adotados na recolha de dados, no decorrer do estudo.

7.1. Delineamento do Estudo

O presente estudo utilizou uma metodologia enquadrada no paradigma positivista que se baseia no positivismo lógico. De acordo com este paradigma, o procedimento de investigação está livre de valores, fundamentando-se em critérios de objetividade, validade e fidelidade (Coutinho, 2018). O paradigma positivista destaca a análise das relações e associações entre fenómenos ou variáveis. Segundo este paradigma os dados devem ser deduzidos e processados de forma objetiva, com recurso a métodos estatísticos para que por fim possam ser obtidas previsões e relações causais entre as variáveis (Gephart, 2004; Myers, 1997).

Trata-se também de um estudo de cariz quantitativo, em que se pretende quantificar o nível de variação de um dado fenómeno, destacando-se a medição e análise de variáveis comportamentais e/ou socioafetivas que podem ser quantificadas, relacionadas e comparadas entre si, no decorrer da investigação. A abordagem quantitativa tem como propósito primeiramente a recolha de dados, mediante a aplicação de questionários quantitativos e de autorresposta. Os dados recolhidos são posteriormente medidos e avaliados por meio da análise estatística, com a finalidade de alcançar uma amostra representativa, de modo a confirmar as hipóteses formuladas. Este tipo de questionário possibilita a recolha de uma grande quantidade de informação de forma fácil e rápida. Complementarmente, este método de recolha de dados garante o anonimato, proporcionando aos participantes (respondentes) um maior à-vontade no que respeita a questões delicadas, ou que de algum modo possam causar algum constrangimento ou hesitação na hora da resposta. Este tipo de abordagem visa ainda a objetividade do processo e possibilita a realização de inferências que podem ser generalizadas (Coutinho, 2018; Kumar, 2014; McCusker & Gunaydin, 2015; Shaughnessy et al., 2009).

A investigação desenvolvida apresenta um desenho transversal que é o tipo de desenho mais apropriado às investigações que pretendem descobrir e avaliar o predomínio de um fenómeno específico. A transversalidade aplica-se também à população em estudo e ao tempo em que a investigação decorreu. Relativamente ao período de referência, é um estudo

retrospectivo, visto que analisa uma situação que ocorreu no passado, e os dados são resultantes de memórias e lembranças dos intervenientes. Este é igualmente um estudo não-experimental dado que não se adotou um procedimento interventivo. Por fim, em relação aos seus objetivos, este estudo é descritivo e correlacional, uma vez que procura caracterizar de forma sistemática um problema e estudar as associações existentes entre duas ou mais variáveis (Kumar, 2014).

7.1.1. Operacionalização de Variáveis

As variáveis são definidas como imagens, conceitos ou percepções, passíveis de serem medidas e, conseqüentemente, por essa razão, podem apresentar valores distintos (Kumar, 2014). Dependendo do tipo de variável e do instrumento de medição, estas podem ser quantificadas com diferentes níveis de precisão (Kumar, 2014).

Segundo Fortin (2006) as variáveis são imprescindíveis em qualquer estudo. Normalmente estão incluídas nas próprias hipóteses, e por isso é essencial serem isoladas e subsequentemente operacionalizadas. Estas podem ser classificadas de acordo com a sua função na investigação, quanto à metodologia (independente; dependente; estranha e moderadora ou de controlo); à manipulação (ativas ou atributivas) e à medição (qualitativas ou quantitativas) (Coutinho, 2014; Fortin, 2006).

Relativamente à metodologia existem quatro tipos de variáveis: (a) *Variável Independente*, é aquela que o investigador manipula num estudo e é apontada como a origem do efeito gerado na variável dependente, isto é a causa que se suspeita que seja o motivo por originar as alterações observadas num fenómeno ou situação. Esta relação constitui a base da predição e expressa-se pela criação e elaboração de hipóteses (Coutinho, 2014; Fortin, 2006); (b) *Variável Dependente*, e segundo Fortin (2006) também conhecida como variável explicada ou variável critério, é aquela que é influenciada pela variável independente, isto é, apresenta alterações originadas pela introdução/manipulação da variável independente (Coutinho, 2014); (c) *Variável Estranha*, tem a influência de diversos outros aspetos que têm impacto numa situação da vida real e pode influenciar as alterações que ocorrem na variável dependente. Embora não sejam medidos no estudo, estes aspetos podem alterar a força da relação entre as variáveis dependente e independente (Coutinho, 2014); e (d) *Variável Moderadora ou de Controlo*, relativamente a este tipo de variável, há que ter em consideração que as variáveis estranhas podem igualmente ser chamadas de controlo ou moderadoras caso sejam consideradas pelo investigador, sendo que esta variável pode influenciar o impacto da variável independente

sobre a variável dependente. Uma variável de controlo pode ser considerada uma variável moderadora, sendo o seu impacto extinto pelo investigador (Coutinho, 2014).

Em relação à manipulação existem dois tipos de variáveis: (a) *Variável Ativa*, é aquela que pode ser manipulada, alterada ou controlada (Coutinho, 2014) e (b) *Variável Atributiva*, é aquela que reflete as características da população em estudo e, por isso, não pode ser alterada (Coutinho, 2014).

Finalmente, relativamente à medição existem dois tipos de variáveis: (a) *Variável Qualitativa*, refere-se a características que não podem ser quantificadas, sendo por isso essencial recorrer à definição de temas e categorias. Este tipo de variável pode dividir-se por sua vez, em dicotómica (apenas duas categorias) ou politómica (mais de duas categorias) (Coutinho, 2014), e (b) *Variável Quantitativa*, é um tipo de variável que pode traduzir-se numericamente e pode dividir-se por sua vez, em discreta (só pode ser representada por números inteiros) e em contínua (só pode ser representada por qualquer valor dentro de um intervalo) (Coutinho, 2014). Seguidamente, pode observar-se na tabela 3 as principais variáveis em estudo.

Tabela 3

Variáveis Principais

Variáveis	Metodologia	Manipulação	Medição	Instrumento
<i>Bullying</i>	Independente	Ativa	Quantitativa Discreta, Qualitativa Politómica	Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)
Qualidade do Sono	Dependente	Ativa	Quantitativa, Qualitativa Dicotómica	Questionário “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh” (PSQI)
Desempenho Escolar	Dependente	Ativa	Quantitativa Discreta, Qualitativa Dicotómica	“Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores”

(Coutinho, 2014; Fortin, 2006; Kumar, 2014)

7.1.1.1. Variáveis Principais

Bullying

A variável *Bullying* foi operacionalizada através do Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE), o qual analisa a frequência de comportamentos agressivos na escola.

Qualidade do Sono

A variável Qualidade do Sono foi operacionalizada através do Questionário “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh”, o qual analisa sete diferentes parâmetros relacionados com o sono e determina se o indivíduo tem um “bom sono” ou um “mau sono”.

Desempenho Escolar

A variável Desempenho Escolar foi operacionalizada através da “Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores”, a qual avalia se o indivíduo tem um bom ou mau desempenho escolar.

7.1.2. Hipóteses de Investigação

Segundo Baptista (2011, p. 26) “as hipóteses são uma resposta prévia ao problema proposto e, habitualmente, são desenvolvidas com base em estudos anteriormente realizados de acordo com o tema escolhido”, sendo que a hipótese deve ser definida de modo a justificar a escolha da metodologia de investigação (Hill, 2008). Com fundamento nos objetivos do estudo, colocam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe uma associação positiva entre comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e má qualidade do sono nas crianças que compõem a amostra.

A literatura sugere a existência de uma relação entre a má qualidade do sono e as dificuldades de regulação comportamental e emocional de crianças envolvidas em comportamentos de *Bullying* (Agostini et al., 2019; Goldstein & Walker, 2014; Kamphuis et al., 2012). Um sono de má qualidade pode dar origem, por um lado, a problemas de conduta, a comportamentos agressivos e hiperativos e, por outro lado, pode conduzir a sentimentos de depressão, ansiedade e solidão (Alfano & Gamble, 2009; Dahl, 1999; Vriend et al., 2013).

O sono influencia os comportamentos agressivos, da mesma forma que o *Bullying* influencia as diversas dimensões do sono (Zhou et al., 2015). As crianças vítimas de *Bullying* manifestam mais problemas associados ao sono em comparação com as outras crianças (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Van Geel et al., 2016). Em suma, embora ainda não existam estudos suficientes que expliquem ao certo esta relação, sabe-se que o envolvimento em comportamentos de *Bullying*, para além das vítimas influencia também o sono dos agressores (Gomes et al., 2017; Zhou et al., 2015).

Hipótese 2: Existe uma associação positiva entre comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e um pior desempenho escolar.

Alguns estudos sugerem uma associação negativa entre o envolvimento em comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar (Paul & Cillessen, 2003; Riffle et al., 2021). Um estudo recente realizado por Riffle et al. (2021) que envolveu 7.794 alunos identificou uma ligação entre os comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar, ou seja, quanto mais envolvidos estiverem neste tipo de comportamentos, menor será o seu desempenho escolar (Feldman et al., 2014; Glew et al., 2005). Outro estudo desenvolvido por Costa e Pereira (2010) já apresentado anteriormente deixa um alerta para situações de insucesso escolar, uma vez que podem antever a prática de violência e intimidação (*Bullying*) em contexto escolar. Uma outra investigação realizada por Cornell et al. (2013) em 276 escolas públicas do ensino médio da Virgínia constatou que o predomínio de comportamentos de *Bullying* foi preditiva relativamente a taxas de abandono escolar. Estes resultados fornecem novas evidências de que a prevalência deste fenómeno no ensino médio é um fator importante no desempenho escolar.

Hipótese 3: O sono de má qualidade relaciona-se positivamente com um pior desempenho escolar (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador).

A literatura sugere a existência de um impacto significativo da qualidade do sono relativamente ao desempenho escolar. Os alunos com maior consistência de sono apresentam melhor desempenho escolar (Hershner, 2020). A duração reduzida do sono está também ela, relacionada com efeitos cognitivos (Javaheripour et al., 2019), diminuição do desempenho, doença cardiovascular (Bruin et al., 2017; Deng et al., 2017), obesidade (Reutrakul & Van Cauter, 2018), diabetes, mortalidade por todas as causas, hipertensão, diminuição do humor (Pires et al., 2016), aumento de comportamentos de risco e utilização de substâncias (Shochat et al., 2014). Neste sentido, o sono e a sua consistência podem contribuir para um maior impacto no desempenho escolar das crianças (Hershner, 2020).

7.2. Descrição dos Participantes

Uma amostra de um estudo é um grupo de pessoas ou elementos selecionados com o objetivo de representar a população de onde são provenientes, isto é, é um subgrupo da população e uma parte do todo em que os investigadores têm interesse para a sua investigação (Charles, 1998; Kumar, 2014). Uma população é um grupo de pessoas ou elementos em relação ao qual se deseja estender os resultados e que possuem, no mínimo, uma característica partilhada. O método de seleção dos participantes do estudo designa-se por processo de amostragem, e envolve a escolha de um conjunto reduzido de elementos (a amostra) pertencentes a um grupo mais amplo (a população) (Coutinho, 2018; Marotti et al., 2008).

A amostra deste estudo caracteriza-se como uma amostra não-probabilística, escolhida por conveniência, sendo que os elementos da amostra foram selecionados de forma não-aleatória, e de acordo com a conveniência e acessibilidade para a investigadora (Schutt, 1999). Foi selecionada uma escola atendendo à população-alvo a estudar, com uma localização geográfica conveniente, com a qual já havia uma ligação e a qual deu autorização para a realização do estudo. Inicialmente foram contactadas onze instituições privadas de ensino, localizadas na zona de Lisboa, das quais apenas duas deram resposta, sendo uma delas alvo desta investigação. A outra instituição não preenchia o requisito a nível de amostra (o ano mínimo de escolaridade era o 5º ano), tendo sido por essa razão excluída. A recolha da amostra decorreu na instituição de ensino que aceitou participar no estudo, e que preenchia os requisitos previamente definidos. A recolha ocorreu entre abril e maio de 2022.

Relativamente à seleção das crianças participantes no estudo, esta teve em conta os seguintes critérios de inclusão, previamente definidos para esta investigação: todas as crianças alunos do 1º ciclo do ensino básico (2º, 3º e 4º anos), com idades compreendidas entre 7 e 10 anos e que tenham entregado a autorização dos respetivos Encarregados de Educação (Detentores da Responsabilidade Parental) devidamente assinada. Para este estudo foram igualmente definidos os seguintes critérios de exclusão: todas as crianças alunos do 1º ciclo do ensino básico (2º, 3º e 4º anos), com idades compreendidas entre 7 e 10 anos e que não tenham entregado a autorização dos Encarregados de Educação (Detentores da Responsabilidade Parental) devidamente assinada. Foram também excluídas da investigação as crianças com psicopatologia ou deficiência.

A população do estudo foi assim constituída por crianças que frequentavam o 1º ciclo do ensino básico (2º, 3º e 4º anos) e pelos respetivos professores. A amostra inicial total era de 114 crianças, das quais apenas 71 obtiveram autorização para participar no estudo. Como tal,

obteve-se uma amostra final constituída por um total de 71 crianças, 31 (43,7%) do sexo feminino e 40 (56,3%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 7 e 10 anos ($M = 8,62$ $DP = 1,047$) e que frequentavam uma escola privada, localizada na cidade de Lisboa. Participaram ainda no estudo 6 professores (diretores das respetivas turmas). Da amostra de 71 crianças, 22 (31,0%) frequentavam o 2º ano; 24 (33,8%) frequentavam o 3º ano e 25 (35,2%) frequentavam o 4º ano, o que corresponde a duas turmas por cada ano. O conjunto de participantes contempla o número de crianças que obedeciam aos critérios de inclusão previamente estipulados para o presente estudo, e cuja autorização foi concedida pelos Encarregados de Educação (Detentores da Responsabilidade Parental).

No que diz respeito às questões éticas, foi desenvolvido um documento designado Consentimento Informado (Anexo A), posteriormente entregue aos Encarregados de Educação (Detentores da Responsabilidade Parental), assegurando a sua confidencialidade. No Consentimento Informado foram referidas diversas questões tais como: objetivos e duração do estudo e ainda procedimentos de investigação a adotar. Este documento incluiu também uma explicação ao interveniente e respetivos Detentores da Responsabilidade Parental, sobre o direito de o participante recusar a sua participação, ou a possibilidade de poder desistir a qualquer momento da investigação, sem qualquer tipo de penalização ou consequência, bastando para isso informar os coordenadores da investigação. Para além destas questões, foi igualmente alvo de destaque, a obrigatoriedade de assegurar e garantir a confidencialidade e a segurança dos dados pessoais envolvidos na investigação, assim como disponibilizados os contactos da investigadora, bem como da orientadora da investigação para qualquer dúvida ou informação adicional sobre o estudo que os participantes desejassem esclarecer e receber. Neste documento constou ainda uma explicação relativamente à não antecipação de quaisquer riscos para os participantes, e pelo contrário a possibilidade da existência de benefícios ao nível do comportamento no contexto escolar, da regulação dos padrões de sono, do empenho e desempenho escolar e da melhoria da autoestima. Neste estudo não houve qualquer incentivo (material) nem de outra ordem pela participação na investigação. Por último, é de salientar que o documento respeita as normas éticas da Declaração de Helsínquia, e recebeu a respetiva aprovação da Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa “Luís de Camões”.

7.2.1. Caracterização da Amostra

A amostra incluiu 71 crianças no total, com uma idade média de 8,6 anos, um desvio padrão de 1,047, variando entre 7 e 10 anos. Participaram ainda no estudo 6 professores

(diretores das respetivas turmas). No que se refere ao sexo dos participantes, 31 (43,7%) eram do sexo feminino e 40 (56,3%) eram do sexo masculino. Da amostra de 71 crianças, 22 (31,0%) frequentavam o 2º ano; 24 (33,8%) frequentavam o 3º ano e 25 (35,2%) frequentavam o 4º ano, o que corresponde a duas turmas por cada ano. Quanto ao Agregado Familiar dos participantes, 22 (31,0%) crianças referiram viver com o pai e a mãe; 43 (60,6%) crianças afirmaram viver com o pai, a mãe e o(s) irmão(s); 2 (2,8%) crianças afirmaram viver com a mãe; 2 (2,8%) crianças afirmaram viver com os avós e as restantes 2 (2,8%) crianças escolheram outras opções de Agregado Familiar. Resumidamente, a maioria dos participantes tinha 9 anos (32,4%), era do género masculino (56,3%), frequentava o 4º ano (35,2%) e vivia com os pais e irmãos (60,6%). A tabela 4 apresenta os dados sociodemográficos da amostra em estudo.

Tabela 4

Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N = 71)

Dados sociodemográficos	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	31	43,7
Masculino	40	56,3
<i>Idade (M; DP)</i>	8,62	1,047
7 anos	13	18,3
8 anos	18	25,4
9 anos	23	32,4
10 anos	17	23,9
<i>Ano Frequentado</i>		
2º Ano	22	31,0
3º Ano	24	33,8
4º Ano	25	35,2
<i>Agregado Familiar</i>		
Eu, Pai e Mãe	22	31,0
Eu, Pai, Mãe e Irmão(s)	43	60,6
Mãe	2	2,8
Avós	2	2,8
Outros	2	2,8

Nota: M = Média; DP = Desvio Padrão

Quanto à disciplina preferida dos participantes, 43 (60,6%) alunos escolheram Matemática, 15 (21,1%) escolheram Língua Portuguesa e 13 (18,3%) escolheram Estudo do Meio. Seguidamente, pode observar-se na tabela 5 a disciplina preferida dos participantes.

Tabela 5*Disciplina Preferida*

Disciplina	N	%
Matemática	43	60,6
Língua Portuguesa	15	21,1
Estudo do Meio	13	18,3
Total	71	100,0

Por fim, relativamente à questão sobre qual a disciplina em que os participantes consideram ser melhores 40 (56,3%) alunos responderam Matemática, 14 (19,7%) responderam Língua Portuguesa e 17 (23,9%) responderam Estudo do Meio. Em síntese, a disciplina preferida da maioria dos alunos inquiridos era a Matemática (60,6%) e como tal para 56,3% esta era a sua melhor disciplina. Seguidamente, pode observar-se na tabela 6 a disciplina em que os participantes consideram ser melhores.

Tabela 6*Disciplina Melhor*

Disciplina	N	%
Matemática	40	56,3
Língua Portuguesa	14	19,7
Estudo do Meio	17	23,9
Total	71	100,0

7.3. Instrumentos

Foram utilizados instrumentos específicos para a medição das variáveis do estudo - *Bullying*, Qualidade do Sono e Desempenho Escolar. Primeiramente foi aplicado um Questionário Sociodemográfico (Anexo B) elaborado para o presente estudo, cujo principal objetivo foi recolher algumas características sociodemográficas da amostra e ainda aferir questões relacionadas com a escola, mais concretamente com o desempenho escolar.

De forma a avaliar a variável “*Bullying*” foi aplicado o Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE) (Anexo C), de modo a determinar o tipo e nível de envolvimento do sujeito em comportamentos de *Bullying*. Para isso este instrumento encontra-se dividido em três subescalas: vítima, agressor e observador. Permite ainda distinguir o tipo de *Bullying* em questão (por exemplo social, físico) e identificar correlações entre os diversos comportamentos de vítima, agressor e observador.

Para a avaliação da variável “Qualidade do Sono” foi aplicado o Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI) (Anexo D), através do qual se pretendeu aferir e estudar a qualidade do sono e os padrões do sono relativos ao mês anterior à sua aplicação. Este instrumento de avaliação permite identificar e diferenciar os sonos de má dos de boa qualidade por intermédio da avaliação de sete parâmetros: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, perturbações do sono, utilização de medicação para dormir e disfunção relacionada com sonolência diurna.

Por fim, a variável “Desempenho Escolar” foi avaliada por meio das notas que os alunos tiveram no 1º período, através da “Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores” desenvolvida para o presente estudo (Anexo E).

7.3.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico (Anexo B) elaborado para o presente estudo divide-se em duas partes. A primeira parte é composta por perguntas sobre as características sociodemográficas das crianças, nomeadamente idade, sexo, ano de escolaridade, situação de agregado familiar (pessoas com quem vive) e a segunda parte contém questões sobre a escola, mais concretamente acerca do desempenho escolar da mesma, nomeadamente disciplina preferida e ainda disciplina em que considera ter melhor nota. O questionário foi elaborado de modo a ser apelativo, simples e fácil de preencher, evitando, assim, um possível desinteresse ou até mesmo cansaço por parte das crianças que o preencheram.

7.3.2. Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)

O Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE) (Anexo C) foi originalmente criado por Diaz-Aguado et al. (2004) e adaptado para a população portuguesa por Martins (2005). Este instrumento de autorrelato avalia o tipo e o grau de envolvimento do sujeito em comportamentos de *Bullying*. Trata-se de um questionário que analisa os comportamentos expressos pelo próprio (*self-report*) que engloba três subescalas que avaliam, respetivamente, condutas de vitimação, condutas de agressão e condutas de observação de vitimação/agressão na escola. Cada subescala inclui os seguintes itens: (a) *Exclusão social ou agressão indireta* (os 4 primeiros itens: ignorar; impedir de participar nas suas atividades; falar mal; rejeitar); (b) *Agressão verbal* (os 2 itens seguintes: insultar e gozar; chamar nomes que ofendem e ridicularizam); (c) *Violência com agressão física menor* (os 5 itens posteriores: esconder coisas; estragar coisas; roubar coisas; bater; ameaçar para meter medo) e (d) *Violência*

com agressão física grave (os últimos 4 itens: obrigar a fazer coisas que não quer com ameaças, por exemplo trazer e dar dinheiro; intimidar com frases ou insultos de caráter sexual; obrigar através de ameaças, a ter comportamentos ou a participar em situações de caráter sexual, contra vontade; ameaçar com armas). A subescala de agressor inclui os mesmos 15 itens, mas com uma construção gramatical diferente, tais como: (eu já) ignorei um colega. Do mesmo modo, a escala de observador modifica as 15 questões para que os alunos possam relatar experiências por elas testemunhadas, como por exemplo: (eu já vi) insultarem um colega. Ao dividir as questões desta forma, é possível distinguir o tipo de *Bullying* em questão (e.g. social, físico) e identificar correlações entre os diversos comportamentos de vítima, agressor e observador (Martins, 2005).

Antes destas três subescalas, o questionário começa com um conjunto de 12 itens (Bloco A), em que se questiona como os sujeitos se sentem em determinados locais e situações, assim como nos relacionamentos que criam com pessoas importantes para eles (como por exemplo: mãe, pai, amigos, professores, colegas), numa escala do tipo Likert de 7 pontos que varia entre 1 (nunca) e 7 (quase sempre) (Catarino & Martins, 2009; Martins, 2005).

Em seguida e como mencionado anteriormente, aos sujeitos foram apresentados três conjuntos de 15 itens em cada bloco (Blocos B, C e D), perfazendo um total de 45 perguntas, cujo objetivo foi analisar o tipo de envolvimento da criança em situações de agressão e vitimação. As opções de resposta seguiram a escala do tipo Likert de 4 pontos, variando as pontuações entre 1 e 4 (1 = nunca; 2 = algumas vezes; 3 = muitas vezes e 4 = quase sempre). O questionário inclui então três subescalas, dirigidas à vítima, ao agressor e ao observador, por meio das quais é possível distinguir os participantes que se posicionam nas diferentes subescalas: (a) *Vítima de Exclusão Social e Agressão Verbal* (valores acima de 7,25); (b) *Vítima de Violência Física com Agressão Menor* (valores acima de 8,25); (c) *Vítima de Violência Física com Agressão Grave* (valores acima de 4); (d) *Agressor de Exclusão Social e Agressão Verbal* (valores acima de 9); (e) *Agressor de Violência Física* (valores acima de 8); (f) *Observador de Exclusão Social e Agressão Verbal* (valores acima de 14); (g) *Observador de Violência Física com Agressão Menor* (valores acima de 10), e (h) *Observador de Violência Física com Agressão Grave* (valores acima de 4,25). Destaca-se um quarto grupo de sujeitos, o das vítimas agressivas, que apresentam comportamentos simultaneamente de vítima e de agressor (Catarino & Martins, 2009; Martins, 2005).

Por fim, segue-se ainda uma dimensão composta por 8 itens (Bloco E) que avalia quem intervém de algum modo e procura ajudar no momento em que ocorrem situações de *Bullying*, do ponto de vista dos sujeitos; uma outra dimensão composta por 7 itens (Bloco F) que avalia

as atitudes dos professores (percecionadas pelas crianças) perante essas mesmas situações, e ainda uma dimensão composta por 7 itens (Bloco G), através da qual se pretende conhecer a atitude da própria criança face a comportamentos de *Bullying* praticadas pelos colegas. As alternativas de resposta são sempre quatro, numa escala do tipo Likert de 4 pontos, semelhante à anterior (Catarino & Martins, 2009; Martins, 2005). Tendo em consideração os objetivos da investigação, apenas foram analisadas as questões pertencentes aos Blocos B, C e D relativas às subescalas: vítima, agressor e observador, respetivamente. Em suma, Martins (2005) concluiu no seu estudo que existe uma elevada probabilidade de alunos vítimas de *Bullying* serem, eles próprios, agressores. O instrumento apresenta uma boa consistência interna com valores de *Alfa de Cronbach* de .84 na escala da vítima, .80 na escala do agressor e .89 na escala do observador, dados que revelam a elevada fidedignidade deste instrumento.

7.3.3. Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI)

O Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI) (Anexo D) foi originalmente criado por Buysse et al. (1989), e adaptado para a população portuguesa por Ramalho (2012). Este instrumento de autorrelato mede a qualidade do sono e os padrões do sono, no mês anterior à sua aplicação. Este instrumento de avaliação possibilita identificar os sonos de má e de boa qualidade, por meio do estudo de sete parâmetros já apresentados anteriormente. Deste modo, é constituído por 19 itens de autorresposta, sendo 15 de escolha múltipla e inerentes à repetição das perturbações do sono e da qualidade subjetiva do sono, e os restantes 4 de resposta escrita, inerentes à hora de deitar e de acordar e à latência e duração do sono. Cada pergunta é respondida numa escala do tipo Likert de 3 pontos (0 = nenhuma vez, 1 = menos de uma vez por semana, 2 = uma ou duas vezes por semana e 3 = três vezes por semana ou mais), num total de 21 pontos. No final, as pontuações de cada parâmetro são somadas, resultando uma pontuação global que varia entre 0 e 21 pontos. Esta pontuação possibilita a classificação da qualidade global do sono do mês anterior em “boa” ou “má”, e, dessa forma, permite o despiste de eventuais perturbações do sono. Para um $PSQI \leq 4$ considera-se “boa qualidade do sono”, para um $PSQI \geq 5$ considera-se “má qualidade do sono” e para um $PSQI > 10$ considera-se presença de uma perturbação do sono. Tendo em consideração os objetivos da investigação, foi considerada para o PSQI uma pontuação global que varia entre 0 e 21 pontos, e que permitiu classificar a qualidade global do sono no mês anterior à sua aplicação. Na aplicação da escala original, Buysse et al. (1989) obtiveram um *Alfa de Cronbach* de .83, o que indica uma boa consistência interna e aponta para uma elevada fidedignidade deste instrumento.

Na aplicação da escala adaptada por Ramalho (2012), este obteve um *Alfa de Cronbach* de .66, apresentando uma consistência interna um pouco mais reduzida face à da escala original. Em suma, estes resultados comprovam que se trata de um instrumento válido e confiável, com uma elevada aceitação junto da comunidade científica.

7.3.4. “Mini Classificação sobre o Desempenho Escolar para professores”

A “Mini Classificação sobre o Desempenho Escolar para professores” (Anexo E) foi elaborada para a presente investigação, com a finalidade de aferir o desempenho escolar da amostra, através do acesso às notas dos alunos no 1º período. Este instrumento pode dividir-se em duas partes. A primeira parte é composta por uma pergunta relativamente às notas obtidas no 1º período nas disciplinas de Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio. As notas enquadraram-se numa escala de Likert de 5 pontos (0 = Não Satisfaz, 1 = Satisfaz, 2 = Bom, 3 = Muito Bom e 4 = Excelente). A segunda parte contém uma pergunta que pretende assegurar o cumprimento do critério de exclusão previamente determinado, isto é, garantir que foram excluídas todas as crianças com psicopatologia ou deficiência. O questionário foi desenvolvido de forma a ser simples, e de fácil e rápido preenchimento, de modo a tentar evitar que os professores perdessem muito tempo a responder.

7.4. Procedimentos

As crianças foram convidadas a participar num estudo de cariz transversal, cujo principal objetivo foi analisar e investigar se o *Bullying* tem algum tipo de influência na qualidade do sono e no desempenho escolar das crianças do 1º ciclo do ensino básico (crianças em idade escolar). Após o convite, existiu um período de mediação e avaliação destas três variáveis que ocorreu entre abril e maio de 2022, num único momento para cada uma das seis turmas implicadas.

As crianças preencheram um protocolo composto por quatro questionários, dos quais três foram direcionados aos alunos participantes num formato de autorresposta, e o quarto destinado aos respetivos professores, sendo este relativo a cada aluno de forma individual. Assim sendo, os instrumentos utilizados foram: (1) Questionário Sociodemográfico, elaborado para o efeito (Anexo B) – teve como principal objetivo conhecer algumas características sociodemográficas da amostra, como idade, sexo, ano de escolaridade, situação de agregado familiar (pessoas com quem vive) e ainda aferir questões relacionadas com a escola, mais concretamente acerca do desempenho escolar da mesma, nomeadamente disciplina preferida e

disciplina em que considera ter melhor nota; (2) Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE) (Anexo C) – de modo a determinar o tipo e o grau de envolvimento do sujeito em comportamentos de *Bullying*. Para isso este instrumento encontra-se dividido em três subescalas: vítima, agressor e observador. Permite ainda distinguir o tipo de *Bullying* em questão (por exemplo social, físico) e identificar correlações entre os diversos comportamentos de vítima, agressor e observador; (3) Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI) (Anexo D) – com o objetivo de medir a qualidade do sono e os padrões do sono no mês anterior à sua aplicação, permitindo identificar e diferenciar os sonos de má e de boa qualidade; e (4) “Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores” desenvolvida para o efeito (Anexo E) – com a finalidade de aferir o desempenho escolar, através das notas dos alunos no 1º período.

Para que este estudo fosse iniciado, primeiramente foram contactadas onze instituições privadas de ensino, localizadas na zona de Lisboa, mas apenas duas deram resposta. Uma das instituições das quais foi possível obter resposta não preenchia o requisito a nível de amostra (o ano mínimo de escolaridade era o 5º ano), tendo sido por essa razão excluída. Pelo contrário, a outra instituição preenchia os requisitos previamente estabelecidos. Nesse sentido, contactou-se a escola em questão e agendou-se uma reunião, para esclarecer a finalidade do estudo e obter o consentimento por parte do diretor. Seguidamente, foram entregues aos alunos cartas dirigidas aos respetivos Detentores da Responsabilidade Parental, contendo o documento de Consentimento Informado (Anexo A), que inclui uma explicação sobre os objetivos do estudo e o pedido de consentimento, para a participação dos seus educandos na investigação.

Posteriormente, após a recolha dos Consentimentos Informados e das respetivas autorizações, foram distribuídos às crianças autorizadas, os questionários de autorresposta em papel (Anexos B, C, D). As crianças procederam ao seu preenchimento na escola, sendo que as mais novas tiveram ajuda individual, enquanto as mais velhas responderam em pequenos grupos, na presença da investigadora e dos professores. Todos os questionários foram respondidos apenas uma vez. No que diz respeito à aplicação destes instrumentos, foram previamente identificados os nomes dos alunos que tinham entregado o Consentimento Informado corretamente assinado e com a respetiva autorização para participar no estudo. Assim foram chamados e entregues os respetivos protocolos a cada aluno, para o preenchimento individual das respostas, e posteriormente todos os questionários foram codificados. Aos professores foi-lhes pedido para preencherem uma “Mini Classificação do Desempenho Escolar” de cada aluno (Anexo E). Neste caso foi-lhes dada a oportunidade de completarem o documento em casa, no prazo máximo de duas semanas, dado que tiveram de preencher um

questionário para cada aluno, sendo que por essa razão, também os professores sabiam quais os alunos que tinham autorização para participar no estudo. Depois de preenchidas as Mini Classificações do Desempenho Escolar, estas foram devolvidas e seguidamente entregues num envelope fechado na secretaria da escola, sendo por fim recolhidas pela investigadora.

Após a conclusão da recolha de dados, os questionários foram devidamente codificados e inseridos numa base de dados, atendendo e seguindo os procedimentos da Comissão de Proteção de Dados, sendo imediatamente efetuada uma limpeza dos mesmos. De seguida, procedeu-se à análise estatística dos dados. Numa primeira fase foi realizada uma análise através de estatística descritiva, utilizando médias, desvio-padrão e distribuição de frequências. Finalmente, depois dos dados estarem organizados, foram tratados através de uma análise estatística principal, recorrendo ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 para Windows.

7.5. Procedimento da Análise de Dados

Na análise estatística foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 28.0 para Windows. Esta análise englobou medidas de estatística descritiva, em particular frequências absolutas e relativas, médias e desvios-padrão, e estatística inferencial. Nesta investigação foram definidas três variáveis: o “*Bullying*” como variável independente e a “Qualidade do Sono” e o “Desempenho Escolar” como variáveis dependentes, não existindo variáveis moderadoras nem mediadoras. O nível de significância de rejeição da hipótese nula foi definido em $(\alpha) \leq .05$. Recorreu-se ao cálculo do coeficiente de consistência interna *Alpha de Cronbach* através do Teste Kolmogorov-Smirnov; ao Coeficiente de Correlação de *Pearson*; ao Coeficiente de Correlação de *Spearman*; ao Teste *t de Student* para uma amostra e à *Anova* de Medidas Repetidas.

III PARTE – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

Capítulo 8 | Resultados Descritivos da Amostra

Neste capítulo serão expostos, analisados e discutidos os resultados. Apresentar-se-ão os resultados descritivos da amostra, os resultados obtidos para cada variável em estudo, e também as correlações existentes entre si, tendo como base as hipóteses previamente formuladas. Por fim, serão ainda discutidos os resultados obtidos.

8.1. Apresentação e Análise dos Resultados – Estatística Descritiva

A consistência interna foi analisada através do coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Os valores obtidos para as dimensões do Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE) foram superiores a 0,90 (Excelente) e o valor obtido para o Questionário “Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh” (PSQI) foi de 0,823 (Bom), conforme apresentado na tabela 7. Para a categorização dos valores de *Alfa* foi utilizado o referencial de Hill (2014).

Tabela 7

Consistência Interna

Questionário	<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº de Itens
<i>QEVE</i>		
Vítima	0,911	15
Agressor	0,913	15
Observador	0,918	15
<i>PSQI</i>	0,823	7

8.2. Resultados

8.2.1. Qualidade do Sono e *Bullying*

Os valores dos parâmetros de estatística descritiva obtidos no PSQI e no QEVE podem ser observados na tabela 8, nomeadamente, valores mínimos e máximos, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 8*Estatísticas Descritivas (PSQI / QEVE)*

Questionário	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
PSQI	1	13	6,24	2,69
QEVE				
Vítima	1,00	2,80	1,40	0,42
Agressor	1,00	3,13	1,21	0,33
Observador	1,00	2,87	1,48	0,46

De acordo com os valores de corte indicados no manual do PSQI é possível identificar que a maioria da amostra (57,7% das crianças) tem má qualidade do sono (valores superiores a 5).

Os valores do QEVE são todos significativamente inferiores ao ponto 2 da escala de avaliação (algumas vezes) o que revela comportamentos de *Bullying* pouco frequentes, como vítima, agressor ou observador. A média da dimensão de *Bullying* como agressor é significativamente inferior ($M = 1,21$) às médias de *Bullying* como vítima ($M = 1,40$) ou como observador ($M = 1,48$) ($p < 0,001$).

8.2.2. Desempenho Escolar

A distribuição das avaliações no 1º período pode ser apreciada na tabela seguinte. Em cinza-claro destaca-se a nota mais frequente (moda). Assim, a nota mais frequente a Matemática foi o Bom (39,4%), a Língua Portuguesa foi o Satisfaz (33,8%) e a Estudo do Meio foi o Muito Bom (43,7%).

Tabela 9*Avaliações dos alunos no 1º Período*

Disciplina		Classificação				
		Não Satisfaz	Satisfaz	Bom	Muito Bom	Excelente
Matemática	Freq.	1	18	28	22	2
	%	1,4	25,4	39,4	31,0	2,8
Língua Portuguesa	Freq.	2	24	21	22	2
	%	2,8	33,8	29,6	31,0	2,8
Estudo do Meio	Freq.	0	8	30	31	2
	%	0,0	11,3	42,3	43,7	2,8

8.3. Correlações entre Variáveis

8.3.1. Hipótese 1: Existe uma associação positiva entre comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e má qualidade do sono nas crianças que compõem a amostra

Os coeficientes de correlação entre as dimensões de *Bullying* como vítima ($r = 0,554$, $p < 0,001$) e de *Bullying* como observador ($r = 0,294$, $p < 0,001$) são estatisticamente significativos, positivos, de moderados ou fracos. Assim, à medida que aumentam estes comportamentos de *Bullying* aumenta também a má qualidade do sono.

Confirma-se, assim, a hipótese enunciada.

Tabela 10

Correlação - Bullying e Qualidade do Sono (QEVE e PSQI)

Tipo de Interveniente no <i>Bullying</i>	Pontuação Global do PSQI
Vítima	0,554***
Agressor	0,211
Observador	0,294*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

8.3.2. Hipótese 2: Existe uma associação positiva entre comportamentos de *Bullying* (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e um pior desempenho escolar

Os coeficientes de correlação entre as dimensões de *Bullying* e as notas a Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio não são estatisticamente significativas, mas são todas negativas. Assim, à medida que aumentam estes comportamentos de *Bullying* o desempenho escolar vai piorando.

Confirma-se, assim, parcialmente a hipótese enunciada.

Tabela 11

Correlação - Bullying e Desempenho Escolar (QEVE e Notas escolares)

Tipo de Interveniente no <i>Bullying</i>	Disciplina		
	Matemática	Língua Portuguesa	Estudo do Meio
Vítima	-0,019	0,039	-0,010
Agressor	-0,084	-0,044	-0,109
Observador	-0,105	-0,001	0,043

8.3.3. Hipótese 3: O sono de má qualidade relaciona-se positivamente com um pior desempenho escolar relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador

Os coeficientes de correlação entre o PSQI e as notas a Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio não são estatisticamente significativas, mas são tendencialmente negativas. Assim, à medida que a má qualidade do sono aumenta o desempenho escolar diminui.

Confirma-se, assim, parcialmente a hipótese enunciada.

Tabela 12

Correlação – Qualidade do Sono e Desempenho Escolar (PSQI e Notas escolares)

Disciplina	Pontuação Global do PSQI
Matemática	-0,132
Língua Portuguesa	0,007
Estudo do Meio	-0,104

8.4. Discussão dos Resultados

Objetivo 1 – Aferir o desempenho escolar das crianças que compõem a amostra.

De um modo geral as avaliações no 1º período a Matemática, a Língua Portuguesa e a Estudo do Meio foram maioritariamente de Satisfaz, Bom e Muito Bom. A Matemática apenas 1 (1,4%) teve a nota Não Satisfaz, 18 (25,4%) a nota Satisfaz, 28 (39,4%) a nota Bom, 22 (31,0%) a nota Muito Bom e apenas 2 (2,8%) a nota Excelente. A Língua Portuguesa apenas 2 (2,8%) a nota Não Satisfaz, 24 (33,8%) a nota Satisfaz, 21 (29,6%) a nota Bom, 22 (31,0%) a nota Muito Bom e apenas 2 (2,8%) a nota Excelente. A Estudo do Meio 0 (0,0%) a nota Não Satisfaz o que significa que não existiram negativas, 8 (11,3%) a nota Satisfaz, 30 (42,3%) a nota Bom, 31 (43,7%) a nota Muito Bom e apenas 2 (2,8%) a nota Excelente.

Em suma, assim apenas existiu notas negativas a duas das disciplinas, isto é, Não Satisfaz a Matemática 1 (1,4%) e a Língua Portuguesa 2 (2,8%). A melhor nota da escala foi obtida na mesma proporção, nas três disciplinas, isto é, Excelente a Matemática 2 (2,8%), a Língua Portuguesa 2 (2,8%) e a Estudo do meio 2 (2,8%). A nota mais frequente a Matemática foi o Bom (39,4%), a Língua Portuguesa foi o Satisfaz (33,8%) e a Estudo do Meio foi o Muito Bom (43,7%). A disciplina com melhores notas (Bom, Muito Bom e Excelente) foi o Estudo do Meio 63 (88,8%), seguida de Matemática 52 (73,2%) e por fim Língua Portuguesa 45 (63,4%).

Objetivo 2 – Descrever os hábitos de sono das crianças que compõem a amostra.

No que diz respeito aos hábitos de sono das crianças que compõem a amostra, a análise mostra que a maior parte das crianças menciona ter um sono de má qualidade (57,7%). De acordo com a literatura tem-se assistido a um decréscimo do número de horas de sono por noite ao longo das últimas décadas, o que indica que na atualidade as crianças têm a tendência a dormir menos horas em comparação com o que dormiam em décadas passadas (Matricciani et al., 2011). Estima-se ainda que cerca de 20 a 30% das crianças nesta idade tenham um sono de má qualidade, verificando-se que cerca de 40% das crianças vivenciam um problema de sono em alguma fase da sua vida (Mindell et al., 1999; Owens, 2007).

Os nossos dados indicam igualmente que as crianças vão para a cama às 21h51 (valor médio), com uma variação entre as 20h00 e as 23h00, uma hora que se pode considerar bastante próxima das 21h00, a hora recomendada pela *National Sleep Foundation* (NSF, 2015). Adicionalmente, demoram cerca de 23 minutos a adormecer (em termos médios), variando entre 4 e 60 minutos, e acordam às 7h37 (em termos médios), num intervalo de 5 a 9 horas. Ademais, dormem aproximadamente cerca de 10 horas (em termos médios), variando entre 7 e 12 horas, tal como o recomendado pela NSF (2015). De acordo com essa Associação, para garantir um sono adequado, é recomendado que as crianças com idades entre 6 e 10 anos durmam entre 10 a 11 horas por dia (NSF, 2015). É importante realçar, que a duração ideal do sono pode diferir de criança para criança (Bathony & Tomopoulos, 2017; Williams et al., 2013). Assim, a maioria deita-se às 22 horas, demora 30 minutos a adormecer, acorda às 7 horas e dorme 10 horas.

Em suma, segundo um estudo realizado pela NSF (2017e) que envolveu 1.473 pais/cuidadores de crianças com menos de 10 anos, é fundamental manter uma boa higiene do sono, o que significa que estas devem adormecer sozinhas, deitar-se às 21 horas, seguir uma rotina de ida para a cama, dormir em quartos sem televisões e não consumir cafeína. Neste sentido, desenvolver hábitos de sono saudáveis como: manter um horário regular para deitar e acordar, criar um ambiente silencioso, confortável e propício para dormir, e evitar estimulantes antes de dormir, são algumas das práticas mais comuns, que podem ajudar a garantir um sono mais restaurador e rejuvenescedor e, conseqüentemente, melhorar significativamente a qualidade do sono.

Objetivo 3 – Caracterizar os alunos envolvidos em comportamentos de *Bullying* quer como agressores, vítimas ou observadores quanto à qualidade do sono.

Os dados obtidos mostram que as crianças envolvidas em comportamentos de *Bullying* têm um sono de qualidade inferior em comparação com as crianças que não estão envolvidas neste tipo de comportamentos. Concretamente, as vítimas são as que têm uma pior qualidade do sono ($r = 0,554, p < 0,001$), seguidas dos observadores ($r = 0,294, p < 0,001$) e dos agressores ($r = 0,211, p < 0,001$). Assim, todos os envolvidos neste tipo de comportamento apresentam um sono de má qualidade.

Tipicamente, os agressores têm um sono de má qualidade e menos duradouro, apresentam horários de sono irregulares, durante a semana vão para a cama tarde e ao fim de semana acordam tarde (Zhou et al., 2015). A privação do sono leva por um lado, ao aumento da capacidade de experienciar emoções negativas e, por outro lado, à diminuição da ocorrência de emoções positivas. Para além disso, provoca uma transformação na forma como os indivíduos entendem, manifestam e modificam estas mesmas emoções (Kubiszewski et al., 2014; Palmer & Alfano, 2017; Walker & van Der Helm, 2009).

As crianças vítimas de comportamentos de *Bullying* manifestam comparativamente com as crianças que não sofrem tal agressão mais problemas e alterações relacionadas com o sono, de que são exemplo: insónias e angústia noturna e diurna, enurese noturna e pesadelos (Kubiszewski et al., 2014; Van Geel et al., 2016). Todavia, os horários e a duração do sono são semelhantes aos das crianças não envolvidas em comportamentos de *Bullying*, à exceção do facto de que as crianças que são vítimas de agressão apresentam uma maior tendência para ir para a cama mais cedo, possivelmente para compensar o sono perdido (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014). As vítimas de comportamentos de *Bullying* apresentam também mais perigo de vir a manifestar anos mais tarde, problemas e alterações relacionadas com o sono como: pesadelos, terrores noturnos e sonambulismo.

Em suma, Zhou et al. (2015) demonstraram que crianças e adolescentes envolvidos na prática de comportamentos de *Bullying* têm tendência para apresentar um sono de qualidade inferior, uma duração menor do sono, uma latência de sono mais longa e mais perturbações do sono. Além disso, sentem-se pouco funcionais durante o dia e tomam medicação para dormir. O envolvimento em comportamentos de *Bullying*, quer como vítimas, *bullies*, vítimas-agressoras ou observadores constitui assim, um perigo substancialmente superior de desenvolverem sonos de má qualidade. Ademais, quanto mais recorrente e exposta a este tipo de violência estiver a criança, mais fraca será a sua qualidade do sono.

Hipótese 1: Existe uma associação positiva entre comportamentos de Bullying (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e má qualidade do sono nas crianças que compõem a amostra.

Objetivo 4 – Verificar se existem alterações da qualidade do sono relacionadas com comportamentos de Bullying (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola.

A Hipótese 1 foi confirmada pelos resultados obtidos, verificando-se que existe uma associação positiva entre os comportamentos de *Bullying* e a má qualidade do sono das crianças. Esta descoberta é corroborada por vários estudos. A literatura sugere que existe uma relação entre o sono e as dificuldades de regulação comportamental e emocional das crianças envolvidas em situações de *Bullying* (Agostini et al., 2019; Goldstein & Walker, 2014; Gregory & Sadeh, 2012; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Biachi, 2017; Vriend et al., 2013). Neste sentido, um sono perturbado e de má qualidade em virtude da privação do sono, dos horários de sono pouco regulares e das perturbações do sono pode dar origem por um lado, a problemas comportamentais como: a hiperatividade, a agressividade, a impulsividade e a problemas de conduta e, por outro lado, contribuir para o aparecimento de problemas emocionais, como: irritabilidade, ansiedade, depressão e solidão e, consequentemente, levar à inatenção e à diminuição da concentração e da cognição, afetando a capacidade das crianças ao nível da aprendizagem, do desempenho escolar e da retenção de informação (Alfano & Gamble, 2009; Dahl, 1999, 2006; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Peach & Gaultney, 2013; Vriend et al., 2013).

Segundo Wang et al. (2020) as dificuldades e complicações comportamentais e emocionais são fatores de risco para o aparecimento de problemas de sono. Segundo os autores, estabelecesse uma relação bidirecional entre os problemas de sono e os comportamentais. No seu estudo longitudinal com 1543 crianças com idades compreendidas entre 5 e 14 anos, os autores observaram que aquelas que apresentavam sintomas de depressão, ansiedade, falta de atenção e comportamentos agressivos tiveram reduções mais rápidas da qualidade do sono no decorrer da investigação. Por esta razão, os investigadores suspeitam que os problemas de comportamento estão relacionados fortemente com a fase inicial dos problemas de sono e não simplesmente com as alterações do sono que ocorrem ao longo do tempo. Também O'Brien et al. (2011) observaram que as crianças com problemas de conduta e indisciplina na escola, apresentavam o dobro dos sintomas de PRSs comparando com os colegas que não possuíam

esses problemas. Os autores defendem que a privação do sono nas crianças afeta negativamente a autorregulação emocional, responsável pelo controlo dos instintos como a agressão.

Complementarmente, do mesmo modo que o sono interfere e afeta a prática de comportamentos agressivos como o *Bullying*, também o *Bullying* interfere e afeta as diversas componentes do sono (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Zhou et al., 2015). Como referido anteriormente, Zhou et al. (2015) demonstraram que as crianças e adolescentes envolvidos na prática de comportamentos de *Bullying* têm tendência para apresentar um sono qualidade inferior, uma duração de sono mais curta, uma latência de sono mais longa e mais perturbações do sono. O envolvimento em comportamentos de *Bullying*, quer como vítimas, *bullies*, vítimas-agressoras ou observadores constitui assim, um perigo substancialmente superior de desenvolverem sonos de má qualidade. Ademais, quanto mais recorrente e exposta a este tipo de violência estiver a criança, mais fraca será a sua qualidade do sono.

Em suma, o sono influencia os comportamentos agressivos, do mesmo modo que o *Bullying* afeta as diferentes componentes do sono (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Zhou et al., 2015). As crianças vítimas de *Bullying* manifestam mais problemas associados ao sono em comparação com as outras crianças (Gomes et al., 2017; Kubiszewski et al., 2014; Van Geel et al., 2016). Embora ainda não existam estudos suficientes que expliquem ao certo esta relação, sabe-se que o envolvimento em comportamentos de *Bullying* também influencia o sono dos agressores para além das vítimas (Gomes et al., 2017; Zhou et al., 2015). A descoberta e o reconhecimento de que as crianças que não estão envolvidas em comportamentos de *Bullying* manifestam menos perturbações do sono e apresentam um sono de melhor qualidade adiciona mais validade à confirmação da nossa Hipótese 1.

Hipótese 2: Existe uma associação positiva entre comportamentos de Bullying (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) e um pior desempenho escolar.

Objetivo 5 – Verificar se existem alterações do desempenho escolar relacionadas com comportamentos de Bullying (relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador) exibidos na escola.

A Hipótese 2 foi parcialmente confirmada tendo em conta que os coeficientes de correlação entre as dimensões de *Bullying* e as notas a Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio não são estatisticamente significativas, mas são todas negativas. Assim, à medida que aumentam estes comportamentos de *Bullying* o desempenho escolar vai piorando.

Alguns estudos sugerem uma associação negativa entre o envolvimento em comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar (Paul & Cillessen, 2003; Riffle et al., 2021). Um estudo recente realizado por Riffle et al. (2021) que envolveu 7.794 alunos identificou uma relação entre os comportamentos de *Bullying* e o desempenho escolar, ou seja, quanto mais envolvidos estiverem neste tipo de comportamentos, menor será o seu desempenho escolar (Feldman et al., 2014; Glew et al., 2005). Costa e Pereira (2010) demonstraram também que alunos com idades compreendidas entre 5 e 16 anos de idade com insucesso escolar apresentavam um maior envolvimento em episódios de vitimação e agressão, em comparação com os alunos com sucesso escolar, alertando para a relação entre o insucesso escolar e as práticas agressivas e de intimidação (*Bullying*) em contexto escolar. Uma outra investigação realizada por Cornell et al. (2013) em 276 escolas públicas do ensino médio da Virgínia constatou que a prevalência de comportamentos de *Bullying* foi preditiva relativamente a taxas de abandono escolar. Estes resultados fornecem novas evidências de que a prevalência deste fenómeno no ensino médio é um fator importante no desempenho escolar.

Em suma, o medo de ser vítima de *Bullying* pode também levar os alunos a evitarem frequentar a escola devido a sentirem-se inseguros e subsequentemente, afetar o seu desempenho escolar (He et al., 2022; Niedhammer et al., 2009).

Hipótese 3: O sono de má qualidade relaciona-se positivamente com um pior desempenho escolar relativamente ao agressor, à vítima e/ou ao observador.

A Hipótese 3 foi parcialmente confirmada, tendo em conta que as correlações entre o PSQI e as notas a Matemática, Língua Portuguesa e Estudo do Meio não são estatisticamente significativas, mas são tendencialmente negativas. Assim, à medida que aumenta a má qualidade do sono o desempenho escolar vai piorando.

O sono desempenha um papel fundamental na aprendizagem, memória e no desempenho escolar das crianças, verificando-se que a qualidade e a quantidade do sono têm impacto nesses mesmos parâmetros (Astill et al., 2012; Li et al., 2013).

O equilíbrio global do corpo está diretamente relacionado com as funções do sono (Mindell & Lee, 2015). É por isso, expectável que um sono perturbado e de curta duração origine desequilíbrios em várias áreas, nomeadamente, no desenvolvimento de tarefas e atividades que requeiram a utilização de diferentes domínios cognitivos tais como motivação e atenção necessárias para a aprendizagem (Astill et al., 2012). Segundo Touchette et al. (2007) o decréscimo moderado e contínuo de uma hora de sono por noite, na primeira infância, pode

impactar de forma significativa o desempenho a nível cognitivo das crianças no início da sua escolaridade.

Diversos autores sugerem ainda a existência de uma relação entre o sono e as dificuldades de regulação emocional e comportamental das crianças envolvidas em comportamentos de *Bullying* (Agostini et al., 2019; Goldstein & Walker, 2014; Gregory & Sadeh, 2012; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Biachi, 2017; O'Brien et al., 2011; Vriend et al., 2013). Neste sentido, um sono perturbado e de má qualidade pode dar origem a problemas comportamentais e a problemas de conduta e contribuir para o surgimento de problemas emocionais e, consequentemente levar à inatenção e à diminuição da concentração e da cognição, afetando a capacidade das crianças ao nível da aprendizagem, do desempenho escolar e da retenção de informação (Alfano & Gamble, 2009; Dahl, 1999, 2006; Kamphuis et al., 2012; Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017; Peach & Gaultney, 2013; Vriend et al., 2013).

Subsequentemente, existe um impacto significativo da qualidade do sono relativamente ao desempenho escolar. Os alunos com maior consistência de sono apresentam melhor desempenho escolar (Hershner, 2020). A curta duração do sono está também ela relacionada com efeitos cognitivos (Bruin et al., 2017; Javaheripour et al., 2019), diminuição do desempenho, doença cardiovascular (Deng et al., 2017), obesidade (Reutrakul & Van Cauter, 2018), diabetes, mortalidade por todas as causas, hipertensão, diminuição do humor (Pires et al., 2016), aumento de comportamentos de risco e utilização de substâncias (Shochat et al., 2014). Neste sentido, o sono e a sua consistência podem contribuir para um maior impacto no desempenho escolar das crianças (Hershner, 2020).

Em suma, a influência da sonolência, da qualidade e da quantidade do sono no desempenho escolar é maior em crianças mais novas, comparativamente com crianças de outras faixas etárias, devido ao desenvolvimento do córtex pré-frontal, que se inicia na adolescência (Casey et al., 2005). Nesta fase ocorrem alterações na organização funcional e arquitetura estrutural do córtex pré-frontal, que vão diminuindo durante a adolescência. Por conseguinte, a sonolência, a falta de sono e a má qualidade do sono têm uma influência mais significativa nas atividades do córtex pré-frontal, com maior impacto no desempenho cognitivo e escolar, e tende a ser maior no início da adolescência em comparação com o fim (Muñoz-Quintero & Bianchi, 2017).

**IV PARTE – CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES DA PRESENTE INVESTIGAÇÃO
E INDICAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES**

Capítulo 9 | Conclusão Geral

Neste capítulo será apresentada a discussão final dos resultados e as conclusões gerais, nomeadamente limitações decorrentes da presente investigação e ainda indicações para possíveis investigações a desenvolver no futuro.

9.1. Conclusão Final

Os resultados da presente investigação confirmaram a predominância de um impacto significativo do *Bullying* na qualidade do sono, e demonstraram que à medida que os comportamentos de *Bullying* e a má qualidade do sono aumentam, o desempenho escolar piora, tendo sido possível cumprir todos os objetivos previamente propostos. Estes resultados corroboram assim deste modo, os estudos acima apresentados.

A presente investigação demonstra que é predominante uma interação entre estes três problemas atuais. Como tal, e em virtude da prevalência crescente da prática de comportamentos de *Bullying* nas escolas e dada a sua influência e impacto, é crucial e imprescindível que os pais, os professores, as escolas e também os profissionais de saúde se mantenham devidamente instruídos e orientados, atentos aos sinais e conscientes dos efeitos negativos que daqui podem resultar, de forma a estarem aptos para preveni-los e eliminá-los. Paralelamente, é importante que tomem medidas e trabalhem juntos, para prevenir este tipo de violência, com o objetivo de proporcionar um ambiente escolar positivo, seguro e acolhedor que promova ao máximo o decréscimo e a extinção deste tipo de comportamentos nocivos.

Estas medidas passam assim por conhecer e conceber estratégias para combater o *Bullying* nas escolas e podem incluir: a elaboração de programas de prevenção e combate ao *Bullying*, com foco nas diferentes áreas em que o indivíduo se integra; a implementação de políticas anti-*Bullying*; o apoio emocional e psicológico das crianças envolvidas e a educação sobre a importância do sono para a saúde e para o desempenho escolar. Assim, é fundamental que os alunos tenham acesso a recursos de suporte para ajudá-los a lidar com os efeitos deste fenómeno no seu sono e no seu desempenho escolar. Os pais devem também eles, ter um papel ativo neste processo e, assegurar por um lado, a boa higiene do sono e de hábitos saudáveis nos seus filhos, além de um acompanhamento mais próximo, regular e individualizado relativamente ao estudo e, por outro lado, prestar atenção aos sinais que possam de algo modo indiciar a associação à prática de comportamentos de *Bullying* muito comuns nas escolas, promovendo assim deste modo, comportamentos adequados, um sono de qualidade e rotinas de estudo saudáveis. Por fim, é também essencial que os pais, professores e também os

profissionais de saúde interpelem as crianças que apresentem um sono de má qualidade sobre a sua possível ligação a comportamentos de *Bullying*. Estes últimos devem ter presente as relações entre o *Bullying*, o sono e o desempenho escolar, no momento da observação e diagnóstico das crianças. Deste modo, ao garantir que os estudantes estejam seguros e tenham um sono adequado, podemos ajudá-los a alcançar o seu potencial escolar. Por conseguinte, a promoção de um sono de qualidade pode ajudar a melhorar tanto a aprendizagem como o desempenho escolar dos alunos, mas também ajudar a reduzir os efeitos negativos do *Bullying*.

Em suma, o *Bullying* escolar é um problema atual que tem despertado o interesse e a atenção da sociedade em geral, devido ao seu aumento progressivo nas últimas duas décadas. Este é um tema sério com o qual nos deparamos diariamente nos meios de comunicação social, e que afeta muitas crianças e adolescentes em idade escolar e que ocorre frequentemente em muitos estabelecimentos de ensino, geralmente durante o horário escolar. O aumento do número de casos é preocupante, devido ao impacto que este tipo de violência pode ter na criança a vários níveis, nomeadamente no sono e no desempenho escolar. Contudo, este tipo de comportamento afeta e prejudica não apenas os indivíduos implicados neste tipo de prática, mas igualmente toda a comunidade escolar. A questão da violência na escola, embora não seja algo novo, é um problema geracional, que tem vindo a assumir, na atualidade, um destaque e uma relevância cada vez maiores, graças à valorização dos direitos da criança na sociedade e, consequentemente, das problemáticas associadas à infância. Apesar de, atualmente, as escolas serem mais eficazes no que diz respeito à delimitação deste tipo de problemas, a violência continua a ser uma constante neste contexto. É, por isso, fundamental abordar a problemática do *Bullying* e investigar as suas causas, assim como as suas possíveis consequências. Neste sentido, justifica-se, a pertinência desta investigação.

9.2. Limitações da Presente Investigação

A presente investigação apresenta algumas limitações, que foram surgindo no decurso do estudo. Uma das primeiras situações que surgiu e que limitou de alguma forma o início do estudo foi a pandemia da COVID-19 em Portugal, que apesar de na altura já estar controlada e no “fim”, levou muitas escolas a recusarem a participação no estudo, não tendo sequer dado resposta. Inicialmente foram contactadas onze instituições privadas de ensino, localizadas na zona de Lisboa, das quais apenas duas deram resposta, sendo uma delas alvo desta investigação. A outra instituição não preenchia o requisito a nível de amostra (o ano mínimo de escolaridade era o 5º ano), tendo sido por essa razão excluída. Muitas das instituições de ensino contactadas

disseram que iriam entrar em contacto mais tarde e responder aos *emails*, mas nunca o fizeram, o que limitou a expansão e o crescimento da investigação.

Posteriormente, e após encontrar a escola que preenchia os requisitos previamente estabelecidos, muitos dos Detentores da Responsabilidade Parental não aceitaram que os seus educandos participassem no estudo, a temática do *Bullying* foi um fator preponderante para esta decisão, tendo em consideração a mensagem transmitida aos professores. De uma amostra inicial de 114 crianças, apenas 71 obtiveram a autorização necessária à sua participação na investigação. Neste sentido, a amostra selecionada por conveniência a partir da população-alvo e da localização geográfica da escola (com a qual já havia uma ligação) foi abaixo do que seria expectável e desejável.

Outra das limitações encontradas está relacionada com o preenchimento dos questionários de autorresposta. A aplicação do protocolo ocorreu mediante a disponibilidade dos professores sendo sempre previamente e antecipadamente combinada, de modo a que os mesmos se pudessem organizar. O facto de ocorrer em sala de aula; de ter de interromper as aulas a lecionar (o que nem sempre era possível, impossibilitando a sua aplicação) e de tentar não ocupar muito desse período; de ter de ser na presença dos respetivos professores e de forma a não prejudicar as atividades extracurriculares dos alunos, levou ao prolongamento da investigação, dada a dificuldade em conjugar todos estes aspetos. Este facto levou também, a que as crianças nem sempre tivessem o tempo desejável e necessário para que individualmente, respondessem calmamente às perguntas. Para além disso, foram aplicados às crianças três instrumentos de autorrelato. O autorrelato tem como desvantagem permitir que ocorra alguma manipulação das respostas, para aumentar a sua aceitação social (desejabilidade social).

Outra barreira encontrada relaciona-se com o preenchimento do protocolo pelo facto de ter ocorrido numa aula de cada turma, dado que não havia recursos para este ser realizado de outra forma. Na aplicação dos questionários, as crianças mais novas tiveram uma ajuda mais individualizada e as mais velhas responderam em pequenos grupos, na presença da investigadora e dos professores (respetivos diretores de turma). Mesmo com a leitura e explicação dos questionários com o intuito destes serem preenchidos o mais individualmente e o mais verdadeiramente possível, existiram sempre dúvidas em alguns conceitos e expressões, assim como na interpretação de algumas frases por parte das crianças. A fim de tentar esclarecer o mais prontamente possível e de forma individual as dúvidas de todos, a investigadora teve a ajuda dos respetivos professores. Todavia, tornou-se uma limitação nos momentos em que não foi possível ir ao encontro de cada aluno de forma individual, enquanto estes completavam os questionários, tendo existido por um lado, alguns alunos que não esclareceram as suas dúvidas

por vergonha, originando por essa razão, interpretações incorretas e, por outro lado, alguns que começaram a perguntar aos colegas do lado. Esta questão gerou por vezes algum ruído dentro da sala de aula que rapidamente se extinguia. Ademais, os instrumentos aplicados às crianças, nomeadamente o Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE) (Anexo C) e o Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI) (Anexo D), revelaram-se complexos para as idades da amostra.

Outro obstáculo observado foi a extensão do protocolo aplicado que em alguns casos se revelou cansativo e desgastante para os participantes. Neste processo, houve também alguns professores que levantaram algumas questões, nomeadamente acerca da adequação da aplicação do protocolo à faixa etária em questão, devido à linguagem dos instrumentos, o que levou ao atraso de todo o processo, uma vez que obrigou à interrupção imediata da investigação que prosseguiu logo após os devidos esclarecimentos.

Por último, observou-se ser menos frequente o desenvolvimento de investigações que englobassem a faixa etária da terceira infância e da pré-adolescência, verificando-se uma maior abundância de estudos que contemplavam a adolescência, o que limitou de alguma forma a pesquisa de revisão da literatura e a potencial comparação e analogia com conclusões de outros estudos factuais e atuais.

9.3. Indicações para Futuras Investigações

Como indicações e sugestões para futuras investigações destaca-se um maior foco na análise e estudo desta população-alvo em especial a terceira infância, e na faixa etária da pré-adolescência, em virtude de se ter observado ser mais frequente existirem estudos noutros períodos mais adiantados da adolescência. Seria igualmente relevante investigar e explorar mais pormenorizadamente os comportamentos de *Bullying*, por exemplo, através da inclusão de uma variável como os estilos parentais, de modo a compreender de que maneira os estilos parentais têm impacto ou influência ao nível dos comportamentos de *Bullying* (como vítima, agressor e observador) das crianças, e que distinções e dissemelhanças existem entre uns e outros relativamente à análise dos mesmos. Seguidamente, observar e avaliar igualmente o impacto e a influência que os distintos estilos parentais têm ao nível da qualidade do sono e do desempenho escolar, e se existem ou não distinções ou desigualdades. Por fim, uma outra sugestão futura é realizar estudos em escolas públicas e privadas, isto é, realizar um estudo comparativo, com o objetivo de aumentar a abrangência, incluindo outros contextos étnicos e/ou sociodemográficos, com o intuito de verificar se existem simetrias ou diferenças entre elas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abroto, A., Nugraheni, A. S., & Awliyah, R. F. (2022). The role of the family in the moral education of children. *Jurnal Basicedu*, 6(2), 2717-2723. <https://doi.org/10.31004/basicedu.v6i2.2507>
- Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do sistema de avaliação empiricamente validado (ASEBA) para o período pré-escolar e escolar*. Psiquilíbrios.
- Adam, E. K., Snell, E. K., & Pendry, P. (2007). Sleep timing and quantity in ecological and family context: A nationally representative time-diary study. *Journal of Family Psychology*, 21, 4-19. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.4>
- Agostini, A., Lushington, K., & Dorrian, J. (2019). The relationships between bullying, sleep, and health in a large adolescent sample. *Sleep and Biological Rhythms*, 17(2), 173-182. <https://doi.org/10.1007/s41105-018-0197-z>
- Ahn, H.-J., Rodkin, P. C., & Gest, S. (2013). Teacher-student agreement on “bullies and kids they pick on” in elementary school classrooms: Gender and grade differences. *Theory Into Practice*, 52, 257-263. <https://doi.org/10.1080/00405841.2013.829728>
- Alfano, C. A., & Gamble, A. L. (2009). The role of sleep in childhood psychiatric disorders. *Child Youth Care Forum*, 38, 327-340. <https://doi.org/10.1007/s10566-009-9081-y>
- Allen, R. P., Picchietti, D., Hening, W. A., Trenkwalder, C., Walters, A. S., & Montplaisi, J. (2003). Restless legs syndrome: Diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology. *Sleep Medicine*, 4, 101-119. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(03\)00010-8](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(03)00010-8)
- Almeida, A. M. T. (2011). Portugal. In P. K. Smith, Y. Morita, J. Junger-Tas, D. Olweus, R. Catalano & P. Slee (Eds.), *The nature of school bullying: A cross-national perspective* (pp. 174-186). Routledge.
- Almeida, A., & Del Barrio, C. (2002). A vitimização entre companheiros em contexto escolar. In C. C. Machado, & R. A. Gonçalves (Coords.), *Violência e vítimas de crimes: Crianças* (pp. 169-197). Quarteto Editora.
- Almeida, A., Del Barrio, C., Marques, M., Fernández, I., Gutiérrez, H., & Cruz, J. (2001). A script-cartoon narrative of peer-bullying in children and adolescents: A research tool to assess cognitions, emotions and coping strategies in bullying situations. In M. Martínez (Ed.), *Prevention and control of aggression and its impact on its victims* (pp. 161-168). Kluwer Academic/Plenum.
- Almeida, A. A., & Caurcel, M. J. (2005). *Scan-bullying*. Universidade do Minho.

- Almeida, L. S., & Lemos, G. (2005). Aptidões cognitivas e rendimento académico: A validade preditiva dos testes de inteligência. *Psicologia, Educação e Cultura*, 9, 277-290.
- Almeida, S. B. de, Cardoso, L. R. D., & Costac, V. V. (2009). Bullying: Conhecimento e prática pedagógica no ambiente escolar. *Psicologia Argumento*, 27, 201-206. <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK EwjJMnwwL7YAhWFbxQKHY9DQgQFggrMAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.pucpr.br%2Ffreol%2Findex.php%2FPA%2Fpdf%2F%3Fdd1%3D3247&usg=AOvVaw3HuJdpED-eL85vt8HoVtgh>
- Al-Raqad, H. K., Al-Bourini, E. S., Al Talahin, F. M., & Aranki, R. M. E. (2017). The Impact of School Bullying on Students' Academic Achievement from Teachers Point of View. *International Education Studies*, 10(6), 44-50. <https://doi.org/10.5539/ies.v10n6p44>
- Althof, W., & Berkowitz, MW (2006). Educação moral e formação do caráter: suas relações e papéis na educação para a cidadania. *Jornal de Educação Moral*, 35(4), 495-518.
- Alves, D. R. P. (2006). *O emocional e o social na idade escolar: Uma abordagem dos preditores da aceitação pelos pares* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Amado, J., & Freire, I. (2002). *Indisciplina e violência na escola: compreender para prevenir*. Edições ASA.
- American Psychological Association. (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Anderson, C., & Platten, C. R. (2011). Sleep deprivation lowers inhibition and enhances impulsivity to negative stimuli. *Behavioural Brain Research*, 217, 463-466. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2010.09.020>
- Andrade, E. P., & Li, L. D. S. (2020). As consequências do bullying: autoagressão e suicídio no cotidiano escolar. *Revista Educação-UNG-Ser*, 15(1), 15-22. <https://doi.org/10.33947/1980-6469-v15n1-4003>
- Arezes, M. L. (2013). A interação e cooperação entre pares: uma prática em contexto de creche, *Revista Interações*, 10(30). <https://doi.org/10.25755/int.4027>
- Arman, A. R., Ay, P., Fis, N. P., Ersu, R., Topuzoglu, A., Isik, U., & Berkem, M. (2010). Association of sleep duration with socio-economic status and behavioural problems among schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 100, 420-424. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02023.x>

- Armitage, R. (2021). Bullying during COVID-19: the impact on child and adolescent health. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(704), 122. <https://doi.org/10.3399/bjgp21X715073>
- Arora, T., Broglia, E., Thomas, N., & Taheri, S. (2014). Associations between specific technologies and adolescent sleep quantity, sleep quality, and parasomnias. *Sleep Medicine*, 15, 240-247. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.08.799>
- Astill, R. G., Van der Heijden, K. B., Van Ijzendoorn, M. H., & Van Someren, E. J. W. (2012). Sleep, cognition, and behavioral problems in school-aged children: A century of research meta-analyzed. *Psychological Bulletin*, 138, 1109-1138. <https://doi.org/10.1037/a0028204>
- Bagley, E. J., Tu, K. M., Buckhalt, J. A., & El-Sheikh, M. (2016). Community violence concerns and adolescent sleep. *Sleep Health*, 2(1), 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.12.006>
- Baptista, C. S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Pactor.
- Barros, P. C., Carvalho, J. E., & Pereira, M. B. F. L. O. (2009). Um estudo sobre o *bullying* em contexto escolar. *Congresso Nacional de Educação - EDUCERE*, 9, 5738-5757. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10169/1/Um%20estudo%20sobre%20o%20bullyingEDUCERE2009.pdf>
- Bartoszeck, A. B. (2006). Neurociência na educação. *Revista Eletrônica Faculdades Integradas Espírita*, 1, 1-6.
- Basilici, M. C., Palladino, B. E., & Menesini, E. (2022). Ethnic diversity and bullying in school: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101762>
- Bathony, E., & Suzy, T. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47, 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bathory, E., & Tomopoulos, S. (2017). Sleep regulation, physiology and development, sleep duration and patterns, and sleep hygiene in infants, toddlers, and preschool-age children. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(2), 29-42. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2016.12.001>
- Bauman, S., Toomey, R. B., & Walker, J. L. (2013). Associations among bullying, cyber-bullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*, 36(2), 341-350.

- <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.12.001>
- Baumrind, D. (1996). The Discipline Controversy Revisited. *Family Relations*, 45(4), 405–414.
<https://doi.org/10.2307/585170>
- Beaudoin, H., & Roberge, G. (2015). Student perceptions of school climate and lived bullying behaviours. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 321-330.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.667>
- Beebe, D. W. (2011). Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 58, 649-665.
<https://doi.org/10.1016/j.pcl.2011.03.002>
- Berlan, E. D., Corliss, H. L., Field, A. E., Goodman, E., & Austin, S. B. (2010). Sexual orientation and bullying among adolescents in the growing up today study. *Journal of Adolescent Health*, 46(4), 366-371. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.10.015>
- Biggs, J. (1991). Approaches to learning in secondary and tertiary students in Hong Kong: Some comparative studies. *Educational Research Journal*, 6, 27-39.
- Biggs, J. (1993). What do os inventories students learning processes really measure? A theoretical review and clarification. *British Journal of Educational Psychology*, 63, 3-19.
- Biggs, S. N., Lushington, K., van den Heuvel, C. J., Martin, A. J., & Kennedy, J. D. (2011). Inconsistent sleep schedules and daytime behavioral difficulties in school-aged children. *Sleep medicine*, 12(8), 780-786. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.03.017>
- Biggs, S. N., Pizzorno, V. A., van den Heuvel, C. J., Kennedy, J. D., Marting, A. J., Lushington, K. (2010). Differences in parental attitudes towards sleep and associations with sleep-wake patterns in Caucasian and Southeast Asian school-aged children in Australia. *Behavioral Sleep Medicine*, 8, 207-218. <https://doi.org/10.1080/15402002.2010.509197>
- Biggs, S. N., Vlahandonis, A., Anderson, V., Bourke, R., Nixon, G. M., Davey, M. J., & Horne, R. S. C. (2014). Long-term changes in neurocognition and behavior following treatment of sleep disordered breathing in school-aged children. *Sleep*, 37, 77-84.
<https://doi.org/10.5665/sleep.3312>
- Biggs, S. N., Walter, L. M., Jackman, A. R., Nisbet, L. C., Weichard, A. J., Hollis, S. L., Davey, M. J., Anderson, V., Nixon, G. M., & Horne, R. S. C. (2015). Long-term cognitive and behavioral outcomes following resolution of sleep disordered breathing in preschool children. *Plos One*, 10(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139142>
- Bjereld, Y., Daneback, K., & Petzold, M. (2017). Do bullied children have poor relationships with their parents and teachers? A cross-sectional study of Swedish children. *Children*

- and Youth Services Review*, 73, 347-351. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.01.012>
- Blechner, M., & Williamson, A. A. (2016). Consequences of obstructive sleep apnea in children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46, 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.10.007>
- Blunden, S. L. (2012). Behavioural sleep disorders across the developmental age span: An overview of causes, consequences and treatment modalities. *Psychology*, 3, 249-256. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.33035>
- Blunden, S., & Galland, B. (2014). The complexities of defining optimal sleep: Empirical and theoretical considerations with a special emphasis on children. *Sleep Medicine Reviews*, 18, 371-378. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.01.002>
- Blunden, S., Lushington, K., Kennedy, D., Martin, J., & Dawson, D. (2000). Behavior and neurocognitive performance in children aged 5-10 years who snore compared to controls. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 554-568. [https://doi.org/10.1076/1380-3395\(200010\)22:5;1-9;FT554](https://doi.org/10.1076/1380-3395(200010)22:5;1-9;FT554)
- Blunden, S., Lushington, K., Lorenzen, B., Martin, J., & Kennedy, D. (2005). Neuropsychological and psychosocial function in children with a history of snoring or behavioral sleep problems. *The Journal of Pediatrics*, 146, 780-786. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.01.043>
- Boekaerts, M. (2002). *Motivation to learn* (Educational Practices Series -10). International Academy of Education, UNESCO International Bureau of Education. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000128056>
- Boergers, J., & Koinis-Mitchell, D. (2010). Sleep and culture in children with medical conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 915-926. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsq016>
- Borbély, A. A., Daan, S., Wirz-Justice, A., & Deboer, T. (2016). The two-process model of sleep regulation: A reappraisal. *Journal of Sleep Research*, 25, 131-143. <https://doi.org/10.1111/jsr.12371>
- Borges, T., Azevedo, M., Fonseca, P., Torres, P., & Costa, F. M. (2000). Hábitos de sono. *Saúde Infantil*, 22(3), 61-68.
- Borovich, A., Sivan, Y., Greenfeld, M., & Tauman, R. (2016). The history of primary snoring in children: The effect of adenotonsillectomy. *Sleep Medicine*, 17, 13-17. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2015.10.002>
- Bourke, R., Anderson, V., Yang, J. S. C., Jackman, A. R., Killedar, A., Nixon, G. M., Davey,

- M. J., Walker, A. M., Trinder, J., & Horne, R. S. C. (2011). Cognitive and academic functions are impaired in children with all severities of sleep-disordered breathing. *Sleep Medicine*, 12, 489-496. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.11.010>
- Brackett, M. A., Bailey, C. S., Hoffmann, J. D., & Simmons, D. N. (2019). RULER: A theory-driven, systemic approach to social, emotional, and academic learning. *Educational Psychologist*, 54(3), 144-161. <https://doi.org/10.1080/00461520.2019.1614447>
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman, & T. D. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts* (pp. 3-28). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10317-001>
- Bruin, E. J., van Run, C., Staaks, J., & Meijer, A. M. (2017). Effects of sleep manipulation on cognitive functioning of adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 32, 45-57. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2016.02.006>
- Bruni, O., Finotti, E., Novelli, L., & Ferri, R. (2008). *Parasomnias in Children*. *Somnologie*, 12, 14-22. <https://doi.org/10.1007/s11818-008-0329-9>
- Bruni, O., & Novelli, L. (2010). Sleep disorders in children. *Clinical Evidence*, 9(2304), 1-23.
- Buckley, T. M., & Schatzberg, A. F. (2005). On the interactions of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis and sleep: Normal HPA axis activity and circadian rhythm, exemplary sleep disorders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90, 3106-3114. <https://doi.org/10.1210/jc.2004-1056>
- Bucks, R. S., Olaithe, M., & Eastwood, P. (2012). Neurocognitive function in obstructive sleep apnoea: A meta-review. *Respirology*, 18, 61-70. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1843.2012.02255.x>
- Buyse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Byers, D. S., Mishna, F., & Solo, C. (2021). Clinical Practice with Children and Adolescents Involved in Bullying and Cyberbullying: Gleaning Guidelines from the Literature. *Clinical Social Work Journal*, 49(1), 20-34. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00713-3>
- Byjos, O., & Dusing, J. (2016). Perspectives of individuals who experienced bullying during childhood. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.124>
- Calhoun, S. L., Fernandez-Mendonza, J., Vgontzas, A. N., Liao, D., & Bixler, E. O. (2013).

- Prevalence of insomnia symptoms in a general population sample of young children and preadolescents: Gender effects. *Sleep Medicine*, 15, 91-95. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.08.787>
- Camodeca, M. (2003). *Bullying and victimization at school* [Tese de Doutorado, Vrije Universiteit Amsterdam]. Repositório da Vrije Universiteit Amsterdam. <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/82963427/complete+dissertation.pdf>
- Canadian Sleep Society. (2012). *Pediatric Sleep*. https://css-scs.ca/files/resources/publications/CSS_Pediatric_Sleep_Position
- Cantone, E., Piras, A. P., Vellante, M., Preti, A., Daníelsdóttir, S., D'Aloja, E., Lesinskiene, S., Angermeyer, M. C., Carta, M. G., & Bhugra, D. (2015). Interventions on bullying and cyberbullying in schools: A systematic review. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 11(1), 58-76. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010058>
- Capaldi, V. F., II, Handwerger, K., Richardson, E., & Stroud, L. R. (2005). Associations between sleep and cortisol responses to stress in children and adolescents: A pilot study. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 177-192. https://doi.org/10.1207/s15402010bsm0304_1
- Cardoso, N. D. O., de Lima Argimon, I. I., Landenberger, T., Bastos, A. S., & Bernardi, C. (2017). Estrategias de manejo e intervención en Acoso Cibernético - Una revisión sistemática. *Perspectivas en Psicología*, 14(1), 7-17.
- Carmo, E. M. B. C. (2021). *As percepções de profissionais sobre o aliciamento sexual de menores na internet* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/134310/2/478780.pdf>
- Carney, A. G., & Merrell, K. W. (2001). Bullying in Schools: Perspectives on Understanding and Preventing an International Problem. *School Psychology International*, 22(3), 364-382. <https://doi.org/10.1177/0143034301223011>
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2005). Normal human sleep: an overview. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 4(1), 13-23. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2004.01.001>
- Carter, K. A., Hathaway, N. E., & Lettieri, C. F. (2014). Common sleep disorders in children. *American Family Physician*, 89(5), 368-377.
- Carvalho, M., Branquinho, C., & Matos, M. G. (2018). Emotional Symptoms and Risk Behaviours in Adolescents: Relationships With Cyberbullying and Implications on Well-Being. *Violence and Victims*, 33(5), 1-15. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-16-00204>

- Carvalho, M., Branquinho, C., & Matos, M. G. (2019). Bullying, cyberbullying e problemas de comportamento: o género e a idade importam? *Revista de Psicologia da criança e do Adolescente*, 10(1), 197-205.
- Carvalho, M., Branquinho, C., & de Matos, M. G. (2021). Cyberbullying and Bullying: Impact on Psychological Symptoms and Well-Being. *Child Indicators Research*, 14(1), 435-452. <https://doi.org/10.1007/s12187-020-09756-2>
- Carvalho, M., Faria, M., Conceição, A., de Matos, M. G., & Essau, C. A. (2018b). Callous-unemotional traits in children and adolescents: Psychometric properties of the Portuguese version of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *European Journal of Psychological Assessment*, 34(2), 101-110. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000449>
- Carvalho, M., & Matos, M. G. (2016). Bullying. In R. L. Maia, L. M. Nunes, S. Caridade, A. I. Sani, R. Estrada, C. Nogueira, H. Fernandes, & L. Afonso (Coords.), *Dicionário Crime, Justiça e Sociedade*. Edições Sílabo.
- Carvalho, M., & Matos, M. G. (2019). Bullying. In L. M. Nunes, C. Fonte, S.P.Alves, A. I. Sani, R. Estrada, & S. Caridade (Coords.), *Comportamento e Saúde mental. Dicionário Enciclopédico* (p. 27). Pactor.
- Carvalhosa, S. (2007). *O Bullying nas Escolas Portuguesas* [Apresentação oral]. Seminário Bullying, Violência e Agressividade em Contexto Escolar, Lisboa.
- Carvalhosa, S. F. (2009). Prevention of bullying in schools: An ecological model. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 129-133.
- Carvalhosa, S. F., Lima, L., & Matos, M. (2001). *Bullying: A provocação/vitimação entre pares em contexto escolar português. Análise Psicológica*, 20, 517-585. <https://doi.org/10.14417/ap.384>
- Carvalhosa, S. F., Moleiro, C., Sales, C. (2009). Violence in Portuguese schools: National report. *International Journal of Violence and School*, 9, 57-78. <http://www.ijvs.org/files/Revue-09/04.-Fonseca-Ijvs-9-en.pdf>
- Casey, B. J., Tottenham, N., Liston, C., & Durston, S. (2005). Imaging the developing brain: What have we learned about cognitive development? *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.01.011>
- Faria, H. C., Pessoa, I., & Neto, A. S. (2018). Hábitos de utilização das novas tecnologias em crianças e jovens: habits of use of new technologies in children and young people. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v5i4.214>

- Catarino, M. J., & Martins, M. A. (2009). *A Agressão e Vitimação entre Pares em Contexto Escolar – Estudo de Caso no 5º Ano de uma Escola da Cidade de Beja*. Universidade do Minho.
- Chapell, M. S., Hasselman, S. L., Kitchin, T., Lomon, S. N., MacIver, K. W., & Sarullo, P. L. (2006). Bullying in elementary school, high school, and college. *Adolescence*, 41, 633-648.
- Charles, C. M. (1998). *Introduction to educational research* (3ª ed.). Longman.
- Chen, Y., Wang, Y., Wang, S., Zhang, M., & Wu, N. (2021). Self-reported sleep and executive function in early primary school children. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.793000>
- Cillessen, A. H. N., & Mayeux, L. (2004). From censure to reinforcement: Developmental changes in the association between aggression and social status. *Child Development*, 75, 147-163. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00660.x>
- Cohen, F. (2017). *Agressões à pessoa em desenvolvimento: o problema do bullying escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro]. Biblioteca Digital da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. <https://www.bdtd.uerj.br:8443/bitstream/1/18865/2/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Fernanda%20Cohen%20-%202017%20-%20Completa.pdf>
- Constantin, E., Low, N. C. P., Dugas, E., Karp, I., & O'Loughlin, J. (2014). Association between childhood sleep-disordered breathing and disruptive behavior disorders in childhood and adolescence. *Behavioral Sleep Medicine*, 13, 442-454. <https://doi.org/10.1080/15402002.2014.940106>
- Cook, R. C., Williams, K. R., Guerra, N. G., Kim, T. E., & Sadek, S. (2010). Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analysis investigation. *School Psychology Quarterly*, 25, 65-83. <https://doi.org/10.1037/a002014>
- Cornell, D., Gregory, A., Huang, F., & Fan, X. (2013). Perceived prevalence of teasing and bullying predicts high school dropout rates. *Journal of educational psychology*, 105(1), 138. <https://doi.org/10.1037/a0030416>
- Costa, P. J. F. D. S. (2019). *Bullying em idade escolar: diálogos sobre as multiplicidades da vitimação e a prevenção com crianças* [Tese de Doutorado, Universidade do Minho, Braga]. Repositório do Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/63797>
- Costa, P., Farenzena, R. C., Simões, H., & Pereira, B. (2013). Violência, *bullying* e indisciplina na escola: *Bullying* escolar: um estudo longitudinal sobre vitimação. *Atas do IX*

- Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde*, 421-450.
<http://hdl.handle.net/1822/26341>
- Costa, P., & Pereira, B. (2010). O bullying na escola: A prevalência e o sucesso escolar. In L. Almeida, B. Silva, & S. Caires (Orgs.), *Actas do I Seminário Internacional Contributos da Psicologia em Contexto Educativo* (pp. 1810-1821). Centro de Investigação em Educação, Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- Costa, W. G. M., Martins, L. T., & Tertuliano, I. W. (2020). Desenvolvimento motor de crianças de 7 a 10 anos de idade: uma revisão de literatura. *Caderno de Educação Física e Esporte*, 18(1), 29-34.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2ª ed.). Edições Almedina.
- Coutinho, C. P. (2018). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Edições Almedina.
- Craig, W., Harel-Fisch, Y., Fogel-Grinvald, H., Dostaler, S., Hetland, J., Simons-Morton, B., Molcho, M., Mato, M. G. de, Overpeck, M., Due, P., Pickett, W., HBSC Violence & Injuries Prevention Focus Group, & HBSC Bullying Writing Group (2009). A cross-national profile of bullying and victimization among adolescents in 40 countries. *International Journal of Public Health*, 54(Suppl 2), 216-224.
<https://doi.org/10.1007/s00038-009-5413-9>
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (1998). Observations of bullying and victimization in the school yard. *Canadian Journal of School Psychology*, 13(2), 41-59. <https://doi.org/10.1177/082957359801300205>
- Craig, W. M., Pepler, D. J., & Atlas, R. (2000). Observations of bullying in the playground and in the classroom. *School Psychology International*, 21, 22-36.
<https://doi.org/10.1177/0143034300211002>
- Cuervo, A. A. V., Martínez, E. A. C., & Acuña, G. M. T. (2012). Diferencias en la situación socioeconómica, clima y ajuste familiar de estudiantes con reportes de bullying y sin ellos. *Psicología desde el Caribe*, 29, 616-631. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328599004>
- Dahl, R. E. (1999). The consequences of insufficient sleep for adolescents. *Phi Delta Kappan*, 80(5), 354-359.
- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31, 175-184. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00506-2](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00506-2)

- Dake, J. A., Price, J. H., & Telljohann, S. K. (2003). The nature and extent of bullying at school. *Journal of School Health*, 73, 173-180. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2003.tb03599.x>
- Davies, S. M., Rutledge, C. M., & Davies, T. C. (1997). The impact of student learning styles on interviewing skills and academic performance. *Teaching and Learning in Medicine*, 9(2), 131-135.
- Davis, L., & Sigiel, L. J. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A Review and analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 135-154. <https://doi.org/10.1023/A:1009564724720>
- Delaney, J., & Devereux, P. J. (2022). Rank Effects in Education: What do we know so far?. In K. F. Zimmermann (Ed.), *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics* (pp. 1-24). Springer.
- Demetriou, A., Spanoudis, G., Žebec, M. S., Andreou, M., Golino, H., & Kazi, S. (2018). Mind-personality relations from childhood to early adulthood. *Journal of Intelligence*, 6(4), 51. <https://doi.org/10.3390/jintelligence6040051>
- Deng, H. B., Tam, T., Zee, B. C. Y., Chung, R. Y. N., Su, X., Jin, L., Chan, T-C., Chang, L.-Y., Yeoh, E.-K., & Lao, X. Q. (2017). Short sleep duration increases metabolic impact in healthy adults: a population-based cohort study. *Sleep*, 40(10). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsx130>
- Dexter, D., Bijwadia, J., Schilling, D., & Applebaugh, G. (2003). Sleep, sleepiness and school start times: A preliminary study. *Wisconsin Medical Journal*, 102, 44-46.
- Dewald, J. G., Meijer, A. M., Oort, F. J., Kerkhof, G. A., & Bögels, S. M. (2010). The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.004>
- Díaz-Aguado, M. J. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescência, en 3 vollumenes y 2 vídeos*. Instituto de la Juventude.
- Díaz-Aguado, M. J., Arias, R., & Seoane, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescência: la violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Estudios comparativos e instrumentos de evaluación*. Instituto de la Juventud.
- Díaz-Caneja, C. M., Martín-Babarro, J., Abregú-Crespo, R., Huete-Diego, M. Á., Giménez-Dasí, M., Serrano-Marugán, I., & Arango, C. (2021). Efficacy of a Web-Enabled, School-Based, Preventative Intervention to Reduce Bullying and Improve Mental Health in Children and Adolescents: Study protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial.

- Frontiers in Pediatrics*, 9, 1-14. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.628984>
- Donoghue, C., & Meltzer, L. J. (2018). Sleep it off: Bullying and sleep disturbances in adolescents. *Journal of Adolescence*, 68, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.012>
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., Scheidt, P., Currie, C., & The Health Behaviour in School-Aged Children Bullying Working Group. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2), 128-132. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki105>
- Emídio, R. M., Santos, A. J., Maia, J. B., Monteiro, L. M. S., & Veríssimo, M. (2008). Auto-conceito e aceitação pelos pares no final do período pré-escolar. *Análise Psicológica*, 491-499.
- Eriksen, T. L. M., Nielsen, H. S., & Simonsen, M. (2014). Bullying in elementary school. *The Journal of Human Resources*, 49, 839-871. <https://doi.org/10.3368/jhr.49.4.839>
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Norton & Company.
- Espiga, M. R. (2013). *Bullying na escola: relatório final de estágio realizado na Escola Básica 2, 3 Gaspar Correia* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Motricidade Humana]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/6437>
- Falcão, T. K. Q. (2021). *O bullying no ambiente escolar: intervenção pedagógica*. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2106/1/2021_arti_tatianefalcao.pdf
- Fan, H., & Zhang, X. (2020). Body mass index trajectory across childhood and subsequent risk of elevated blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 22(10), 1902-1907. <https://doi.org/10.1111/jch.14001>
- Fante, C. (2005). *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*. Verus Editora.
- Feijóo, S., & Rodríguez-Fernández, R. (2021). A meta-analytical review of gender-based school bullying in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12687. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312687>
- Feldman, M. A., Ojanen, T., Gesten, E. L., Smith-Schrandt, H., Brannick, M., & Totura, C. W., & Brown, K. (2014). The effects of middle school bullying and victimization on adjustment through high school: Growth modeling of achievement, school attendance, and disciplinary trajectories. *Psychology in the Schools*, 51(10), 1046-1062.

<https://doi.org/10.1002/pits.21799>

- Ferreira, P. P. L. A. (2006). *Torneios (Ir) Reais Violentos em Jogos Electrónicos: Efeitos Psicológicos e Sociais* [Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/1630>
- Fidalgo, R. L. D. J. C. D. S. (2022). *Os contributos da Literatura para crianças e jovens no âmbito do Desenvolvimento Psicossocial das crianças do Pré-Escolar e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti]. Repositório da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/20.500.11796/3178/1/Rita%20Fidalgo%20-%202017066%20-%20Relat%c3%b3rio%20de%20Est%c3%a1gio.pdf>
- Figueira, A. P. (2000). Contributo para a compreensão da relação entre as estratégias de autoregulação e rendimento escolar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5(2), 215-239.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., & Hamby, S. (2012). Let's prevent peer victimization, not just bullying. *Child Abuse & Neglect*, 36, 271-274. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.12.001>
- Fite, P. J., Williford, A., Cooley, J. L., DePaolis, K., Rubens, S. L., & Vernberg, E.M. (2013). Patterns of victimization locations in elementary school children: effects of grade level and gender. *Child Youth Care Forum*, 42, 585-597. <https://doi.org/10.1007/s10566-013-9219-9>
- Flynt, S. W., & Morton, R. C. (2004). Bullying and children with disabilities. *Journal of Instructional Psychology*, 31, 330-333.
- Fonte, C., & Caridade, S. M. M. (2022). *Intervenção psicológica com crianças e adolescentes*. Pactor.
- Forlim, B. G., Stelko-Pereira, A. C., & William, L. C. A. (2014). Relação entre bullying e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental. *Estudos de Psicologia*, 31(3), 367-375.
- Forrest, C. B., Bevans, K. B., Riley, A. M., Crespo, R., & Louis, T. A. (2013). Health and school outcomes during children's transition into adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 52, 186- 194. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.019>
- Fortin, M. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de enfermagem* (N. Salgueiro, Trad.). Lusodidacta.

- Fosse, G. K. (2006). *Mental health of psychiatric outpatients bullied in childhood* [Tese de Doutorado, Universidade Norueguesa de Ciência e Tecnologia, Faculdade de Medicina, Trondheim, Noruega]. Repositório Aberto da Universidade Norueguesa de Ciência e Tecnologia. https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/263986/123668_FULLTEXT01.pdf?sequence=1
- Francisco, M. V., & Libório, R. M. C. (2009). Um estudo sobre bullying entre escolares do ensino fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22, 200-207. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000200005>
- Fraser, B. (1986). *Classroom environment*. Croom Helm.
- Gallahue, D. L. (2002). Desenvolvimento motor e aquisição da competência motora na educação de infância. *Manual de Investigação em Educação de Infância*, 49-83.
- Gephart, R. P. (2004). Qualitative Research and the Academy of Management Journal. *Academy of Management Journal*, 47(4), 454-462. <https://doi.org/10.5465/amj.2004.14438580>
- Gini, G. (2006). Social cognition and moral cognition in bullying: What's wrong? *Aggressive Behavior*, 32, 528-539. <https://doi.org/10.1002/ab.20153>
- Gladden, R. M., Vivolo-Kantor, A. M., Hamburger, M. E., & Lumpkin, C. D. (2014). *Bullying Surveillance Among Youths: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention and U.S. Department of Education.
- Glew, G. M., Fan, M. Y., Katon, W., Rivara, F. P., & Kernic, M. A. (2005). Bullying, psychosocial adjustment, and academic performance in elementary school. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 159(11), 1026-1031. [https://doi.org/10.1016/s0084-3970\(08\)70321-9](https://doi.org/10.1016/s0084-3970(08)70321-9)
- Goldberg, W. A., Lucas-Thompson, R. G., Germo, G. R., Keller, M. A., Davis, E. P., & Sandman, C. A. (2013). Eye of the beholder? Maternal mental health and the quality of infant sleep. *Social Science & Medicine*, 79, 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2012.07.006>
- Goldstein, A. N., & Walker, M. P. (2014). The role of sleep in emotional brain function. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679-708. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153716>
- Goldstein, N. A., Post, J. C., Rosenfeld, R. M., & Campbell, T. F. (2000). Impact of tonsillectomy and adenoidectomy on child behavior. *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, 126(4), 494-498. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.4.494>

- Goldstein, S. E., Young, A., & Boyd, C. (2008). Relational aggression at school: Association with school safety and social climate. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 641-654. <https://doi.org/10.1007/s10964-007-9192-4>
- Gomes, F. V. F. (2022). Ações de prevenção ao bullying escolar no ensino fundamental: um relato de experiência em psicologia escolar/educacional. *Research, Society and Development*, 11(15). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37162>
- Gomes, A. M., Ferreira, E., Silva, B., & Caldas, A. C. (2017). Relationship between bullying behaviours and sleep quality in school-aged children. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences*, 31, 857-869. <https://doi.org/10.15405/epsbs.2017.10.83>
- Gómez, R. L., Bootzin, R. R., & Nadel, L. (2006). Naps promote abstraction in language-learning infants. *Psychological Science*, 17, 670-674. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2006.01764.x>
- Gomez-Baya, D., Garcia-Moro, F. J., Nicoletti, J. A., & Lago-Urbano, R. (2022). Uma análise internacional dos efeitos do bullying e da exclusão escolar na felicidade subjetiva em crianças de 10 anos. *Filhos*, 9 (2), 287.
- Gonçalves, A. R. C. (2012). *O Papel das TIC na Escola, na Aprendizagem e na Educação* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/5146/1/master_ana_costa_goncalves.pdf
- Gonçalves, J. P. (2016). Ciclo vital: início, desenvolvimento e fim da vida humana possíveis contribuições para educadores. *Revista Contexto & Educação*, 31(98), 79-110. <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2016.98.79-110>
- Gonçalves, F. V., Cardoso, N. D. O., & Argimon, I. I. de L. (2019). Estratégias de intervenção para adolescentes em situações de bullying escolar: uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, 12(2), 636-658. <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.122.12>
- Gonçalves, V., & Vaz, C. (2021). (Ciber) Bullying: revisão sistemática da literatura. *Revista EducaOnline*, 15(1), 192-214.
- Goodwin, J., Bradley, S. K., Donohoe, P., Queen, K., O'Shea, M., & Horgan, A. (2019). Bullying in schools: an evaluation of the use of drama in bullying prevention. *Journal of Creativity in Mental Health*, 14(3), 329-342. <https://doi.org/10.1080/15401383.2019.1623147>
- Goodwin, J. L., Kaemingk, K. L., Fregosi, R. F., Rosen, G. M., Morgan, W. J., Smith, T., & Quan, S. F. (2004). Parasomnias and sleep disordered breathing in Caucasian and Hispanic children – The Tucson children's assessment of sleep apnea study. *BMC*

- Medicine*, 2(14), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-2-14>
- Gottselig, J. M., Adam, M., Rétey, J. V., Khatami, R., Achermann, P., & Landolt, H. P. (2006). Random number generation during sleep deprivation: effects of caffeine on response maintenance and stereotypy. *Journal of Sleep Research*, 15(1), 31-40. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2006.00497.x>
- Graham, S. (2016). Victims of bullying in schools. *Theory into Practice*, 55(2), 136-144. <https://doi.org/10.1080/00405841.2016.1148988>
- Granja, I. S. P. (2019). *Bullying em contexto escolar: um estudo no âmbito do Heroic Imagination Project em Portugal* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29966/1/Bullying%20em%20Contexto%20Escolar%20-%20Um%20Estudo%20no%20%C3%82mbito%20do%20Heroic%20Imagination%20Project%20em%20Portugal.pdf>
- Green, V. A. (2008). Bullying. In N. J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of Educational Psychology* (pp. 119-124). Sage Publications.
- Gregory, A. M., & Eley, T. C. (2005). Sleep problems, anxiety and cognitive style in school-aged children. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(5), 435-444. <https://doi.org/10.1002/icd.409>
- Gregory, A. M., Rijdsdijk, F. V., & Eley, T. C. (2006). A twin-study of sleep difficulties in school-aged children. *Child Development*, 77(6), 1668-1679. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00966.x>
- Gregory, A. M., & Sadeh, A. (2012). Sleep, emotional and behavioural difficulties in children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16, 129-36. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.007>
- Griffin, R. S., & Gross, A. M. (2004). Childhood bullying: Current empirical findings and future directions for research. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 379-400. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(03\)00033-8](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(03)00033-8)
- Gruber, R., Somerville, G., Enros, P., Paquin, S., Krestler, M., & Gillies-Poitrass, E. (2014). Sleep efficiency (but not sleep duration) of healthy school-age children is associated with grades in math and languages. *Sleep Medicine*, 15, 1517-1525. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.08.009>
- Guilleminault, C., Palombini, L., Pelayo, R., & Chervin, R. D. (2003). Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children: What triggers them? *Pediatrics*, 111, e17-e25. <https://doi.org/10.1542/peds.111.1.e17>

- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: a systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 21, 50-58. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.07.007>
- Harel-Fisch, Y., Walsh, S. D., Fogel-Grinvald, H., Amitai, G., Pickett, W., Molcho, M., Duee, P., Matos, M. G. de, Craig, W., Varnai, D., Mazur, J., Favresse, D., Leveque, A., Aasvee, K., Villerusa, A., Valverde, P. R. (2010). Negative school perceptions and involvement in school bullying: A universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence*, 34, 639-652. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.09.008>
- Harvey, A. G., Stinson, K., Whitaker, K. L., Moskovitz, D., & Virk, H. (2008). The subjective meaning of sleep quality: A comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep*, 31, 383-393. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.3.383>
- Hase, C. N., Goldberg, S. B., Smith, D., Stuck, A., & Campain, J. (2015). Impacts of traditional bullying and cyberbullying on the mental health of middle school and high school students. *Psychology in the Schools*, 52(6), 607-617. <https://doi.org/10.1002/pits.21841>
- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T. I., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, T., Harachi, T. W., & Cothorn, L. (2000). Predictors of youth violence. *Juvenile Justice Bulletin*. <https://www.ojp.gov/pdffiles1/ojdp/179065.pdf>
- Hawkins, L., Pepler, D. J., & Craig, W. M. (2001). Naturalistic observations of peer interventions in bullying. *Social Development*, 10, 512-527. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00178>
- Hay, C., Meldrum, R., & Mann, K. (2010). Traditional bullying, cyber bullying, and deviance: A general strain theory approach. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 26, 130-147. <https://doi.org/10.1177/1043986209359557>
- Haynes, P. L., Bootzin, R. R., Smith, L., Cousins, J., Cameron, M., & Stevens, S. (2006). Sleep and aggression in substance-abusing adolescents: Results from an integrative behavioral sleep-treatment pilot program. *Sleep*, 29(4), 512-520. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.4.512>
- He, Y., Chen, S.-S., Xie, G.-D., Chen, L.-R., Zhang, T.-T., Yuan, M.-Y., Li, Y.-H., Chang, J.-J., & Su, P. Y. (2022). Bidirectional associations among school bullying, depressive symptoms and sleep problems in adolescents: A cross-lagged longitudinal approach. *Journal of Affective Disorders*, 298, 590-598. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.038>
- Heller, B., Cal, D., & Rosa, A. P. da (Orgs.). (2020). *Midiatização (in) tolerância e reconhecimento*. Edufba.

- Hellhammer, D. H., Wüst, S., & Kudielka, B. M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.10.026>
- Herráiz, E. D., & Gutiérrez, R. B. (2010). Estudio retrospectivo sobre los efectos de la victimización por acoso escolar sobre el bienestar psicológico a medio plazo. *Ansiedad y Estrés*, 16, 127- 137.
- Hershner, S. (2020). Sleep and academic performance: Measuring the impact of sleep. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 33, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2019.11.009>
- Hicks, R. A., & Picchioni, D. (2003). Fluctuations in sleep duration are correlated with salience of stressful experience. *Perceptual and Motor Skills*, 96, 1139-1140. <https://doi.org/10.2466/pms.2003.96.3c.1139>
- Hill, M. M. (2008). *Investigação por questionário*. Edições Sílabo.
- Hobson, J. A. (2005). Sleep is of the brain, by the brain and for the brain. *Nature*, 437(7063), 1254-1256. <https://doi.org/10.1038/nature04283>
- Holley, S., Hill, C. M., & Stevenson, J. (2011). An hour less sleep is a risk factor for childhood conduct problems. *Child: Care, Health and Development*, 3, 563-570. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01203.x>
- Huang, L. (2020). Exploring the relationship between school bullying and academic performance: the mediating role of students' sense of belonging at school. *Educational Studies*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/03055698.2020.1749032>
- Hudson, J. L., Gradisar, M., Gamble, A., Schniering, C. A., & Rebelo, I. (2009) The sleep patterns and problems of clinically anxious children. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.006>
- Huertas, J. A. (2000). La gramática de los motivos en la aula. *Educación*, 23(41), 131-146.
- Huizinga, M., Baeyens, D., & Burack, J. A. (2018). Editorial: Executive Function and Education. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01357>
- Hunter, S. C., Durkin, K., Boyle, J. M. E., Booth, J. N., & Rasmussen, S. (2014). Adolescent bullying and sleep difficulties. *Europe's Journal of Psychology*, 10, 740-755. <https://doi.org/10.5964/ejop.v10i4.815>
- Hussein, M. H. (2013). The social and emotional skills of bullies, victims, and bully-victims of Egyptian primary school children. *International Journal of Psychology*, 48, 910-921. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.702908>
- Hymel, S., & Swearer, S. M. (2015). Four decades of research on school bullying: An

- introduction. *American Psychologist*, 70(4), 293-299. <https://doi.org/10.1037/a0038928>
- Hysing, M., Askeland, K. G., La Greca, A. M., Solberg, M. E., Breivik, K., & Sivertsen, B. (2019). Bullying involvement in adolescence: implications for sleep, mental health, and academic outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260519853409>
- Iglowsteing, I., Jenni, O. G., Molinari, L., & Largo, R. H. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111, 302-307. <https://doi.org/10.1542/peds.111.2.302>
- Isolan, L., Salum, G. A., Osowski, A. T., Zottis, G. H., & Manfro, G. G. (2013). Victims and bully-victims but not bullies are groups associated with anxiety symptomatology among Brazilian children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 641-648. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0412-z>
- Jan, A., & Husain, S. (2015). Bullying in elementary schools: Its causes and effects on students. *Journal of Education and Practice*, 6, 43-56. <http://www.iiste.org/Journals/index.php/JEP/article/view/24163/24736>
- Jan, J. E., Reiter, R. J., Bax, M. C. O., Ribary, E., Freeman, R. D., & Wasdell, M. B. (2010). Long-term sleep disturbances in children: A cause of neuronal loss. *European Journal of Paediatric Neurology*, 14, 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2010.05.001>
- Jansen, D. E. M. C., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. The longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health*, 11(440), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-440>
- Jansen, P. W., Verlinden, M., Berkel, A. D-v., Mieloo, C., van der Ende, J., Veenstra, R., Frank Verhulst, F. C., Jansen, W., & Tiemeier, H. (2012). Prevalence of bullying and victimization among children in early elementary 133 school: Do family and school neighbourhood socioeconomic status matter? *BMC Public Health*, 12(494), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-494>
- Janson, G. R., Carney, J. V., Hazler, R. J., & Oh, I. (2009). Bystanders' reactions to witnessing repetitive abuse experiences. *Journal of Counseling & Development*, 87, 319-326. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2009.tb00113.x>
- Javaheripour, N., Shahdipour, N., Noori, K., Zarei, M., Camilleri, J. A., Laird, A. R., Fox, P. T., Eickhoff, S. B., Eickhoff, C. R., Rosenzweig, I., Khazaie, H., & Tahmasian, M. (2019). Functional brain alterations in acute sleep deprivation: An activation likelihood estimation meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 46, 64-73. <https://doi.org/10.1016/>

- Jenson, J. M., Brisson, D., Bender, K. A., & Williford, A. P. (2013). Effects of the youth matters prevention program on patterns of bullying and victimization in elementary and middle school. *Social Work Research*, 37, 361-372. <https://doi.org/10.1093/swr/svt030>
- Jiang, X., Hardy, L. L., Baur, L. A., Ding, D., Wang, L., & Shi, H. (2015). Sleep duration, schedule and quality among urban Chinese children and adolescents: Associations with routine after-school activities. *Plos One*, 10(1), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.011532>
- Jirout, J., LoCasale-Crouch, J., Turnbull, K., Gu, Y., Cubides, M., Garziona, S., Evans, T. M., Weltman, A. L., & Kranz, S. (2019). How lifestyle factors affect cognitive and executive function and the ability to learn in children. *Nutrients*, 11(8), 1953. <https://doi.org/10.3390/nu11081953>
- João, A. L. (2008). Bullying: comportamento agressivo entre pares a nível escolar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 133-140.
- Jung, Y. A. (2018). What Makes Bullying Happen in School? Reviewing Contextual Characteristics Surrounding Individual and Intervention Programs on Bullying. *Elementary Education Online*, 17(1), 1-6. <https://doi.org/10.17051/ilkonline.2018.413817>
- Kamphuis, J., Meerlo, P., Koolhaas, J. M., & Lancel, M. (2012). Poor sleep as a potential causal factor in aggression and violence. *Sleep Medicine*, 13, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.12.006>
- Karande, S., & Kulkarni, M. (2005). Poor school performance. *The Indian Journal of Pediatrics*, 72(11), 961-967.
- Karatas, H., & Ozturk, C. (2011). Relationship between bullying and health problems in primary school children. *Asian Nursing Research*, 5, 81-87. [https://doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60016-9](https://doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60016-9)
- Kärnä, A., Voeten, M., & Poskiparta, E. (2010). Vulnerable children in varying classroom contexts bystanders' behaviors moderate the effects of risk factors on victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 261-282. <https://doi.org/10.1353/mpq.0.0052>
- Keller, P. S., Smith, O. A., Gilbert, L. R., Bi, S., Haak, E. A., & Buckhalt, J. A. (2014). Earlier school start times as a risk factor for poor school performance: An examination of public elementary school in the commonwealth of Kentucky. *Journal of Educational Psychology*, 107, 236-245. <https://doi.org/10.1037/a0037195>

- Killgore, W. D., Kahn-Greene, E. T., Lipizzi, E. L., Newman, R. A., Kamimori, G. H., & Balkin, T. J. (2008). Sleep deprivation reduces perceived emotional intelligence and constructive thinking skills. *Sleep Medicine*, 9(5), 517-526. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2007.07.003>
- Kim, J. K., Lee, J. H., Lee, S. H., Hong, S. C., & Cho, J. H. (2011). School performance and behavior of Korean elementary school students with sleep-disordered breathing. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, 120(4), 268-272.
- Kim, M. J., Catalano, R. F., Haggerty, K. P., & Abbott, R. D. (2011). Bullying at elementary school and problem behaviour in young adulthood: A study of bullying, violence and substance use from age 11 to age 21. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21(2), 136-144. <https://doi.org/10.1002/cbm.804>
- Kisby, B., & Sloam, J. (2009). Revitalising politics: The role of citizenship education. *Representation*, 45(3), 313-324. <https://doi.org/10.1080/00344890903129582>
- Klomek, A. B., Marrocco, F., Kleinman, M., Schonfeld, I. S., & Gould, M. S. (2007). Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 40-49. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242237.84925.18>
- Knack, J. M., Jensen-Campbell, L. A., & Baum, A. (2011). Worse than sticks and stones? Bullying is associated with altered HPA axis functioning and poorer health. *Brain and Cognition*, 77, 183- 190. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2011.06.011>
- Kopasz, M., Loessl, B., Hornyak, M., Riemann, D., Nissen, C., Piosczyk, H., & Voderholzer, U. (2010). Sleep and memory in healthy children and adolescents – A critical review. *Sleep Medicine Reviews*, 14, 167-177. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2009.10.006>
- Kotagal, S. (2009). Parasomnias in childhood. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 157-168. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2008.09.005>
- Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep Medicine Reviews*, 28, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.005>
- Kryger, M. H., Roth, T. T., & Dement, W. C. (2005). *Principals and Practice of Sleep Medicine*. Saunders.
- Kubiszewski, V., Fontaine, R., Potard, C., & Gimenes, G. (2014). Bullying, sleep/wake patterns and subjective sleep disorders: Findings from a cross-sectional survey. *Chronobiology International*, 31, 542-553. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.877475>

- Kumar, R. (2014). *Research methodology: A step by step guide for beginners* (4th ed.). SAGE Publications Ltd.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet*, 360(9339), 1083-1088. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)
- Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep Medicine Reviews*, 28, 46-54. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.08.005>
- Krystal, A. D., & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Medicine*, 9, S10-S17. [https://doi.org/10.1016/S1389-9457\(08\)70011-X](https://doi.org/10.1016/S1389-9457(08)70011-X)
- Kubiszewski, V., Fontaine, R., Potard, C., & Gimenes, G. (2014). Bullying, sleep/wake patterns and subjective sleep disorders: Findings from a cross-sectional survey. *Chronobiology International*, 31, 542-553. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.877475>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., & Puura, K. (2001). Psychiatric disorders and the use of mental health services among children involved in bullying. *Aggressive Behavior*, 27, 102-110. <https://doi.org/10.1002/ab.3>
- Kyriakides, L., & Creemers, B. P. M. (2012). Characteristics of effective schools in facing and reducing bullying. *School Psychology International*, 34, 348-368. <https://doi.org/10.1177/0143034312467127>
- Kyriakides, L., Creemers, B. P. M., Papastylanou, D., & Papadatou-Pastou, M. (2014). Improving the school learning environment to reduce bullying: an experimental study. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 58, 453-478. <https://doi.org/10.1080/00313831.2013.773556>
- Leff, S. S., Waasdorp, T. E., & Crick, N. R. (2010). A review of existing relational aggression programs: Strengths, limitations, and future directions. *School Psychology Review*, 39(4), 508-535. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3111222/pdf/nihms270483.pdf>
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71(1), 107-118. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00124>
- Lemos, G., Almeida, L. S., Guisande, M. A., & Primi, R. (2008). Inteligência e rendimento escolar: Análise da sua relação ao longo da escolaridade. *Revista Portuguesa de Educação*, 83-99.

- Lemos, G., Almeida, L. S., & Primi, R. (2007). Habilidades cognitivas, desempenho acadêmico e projetos vocacionais: Estudo com alunos portugueses do 5º ao 12º ano. *Actas do Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*, 1784-1793.
- Lereya, S. T., Copeland, W. E., Zammit, S., & Wolke, D. (2015). Bully/victims: A longitudinal, population-based cohort study of their mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1461-1471. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0705-5>
- Levandoski, G., & Cardoso, F. L. (2013). Imagem corporal e status social de estudantes brasileiros envolvidos em bullying. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, 45, 135-145. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v45n1/v45n1a10.pdf>
- Lévy, P., Kohler, M., McNicholas, W. T., Barbé, F., McEvoy, R. D., Somers, V. K., Lavie, L., & Pépin, J. L. (2015). Obstructive sleep apnoea syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1), 1-21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.15>
- Li, S., Arguelles, L., Jiang, F., Chen, W., Jin, X., Yan, C., Tian, Y., Hong, X., Qian, C., Zhang, J., Wang, X., & Shen, X. (2013). Sleep, school performance, and a school-based intervention among school-aged children: A sleep series study in China. *Plos One*, 8(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067928>
- Li, Y., Allen, J., & Casillas, A. (2017). Relating psychological and social factors to academic performance: A longitudinal investigation of high-poverty middle school students. *Journal of Adolescence*, 56, 179-189. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.02.007>
- Li, Y., & Lerner, R. M. (2013). Interrelations of behavioral, emotional, and cognitive school engagement in high school students. *Journal of Youth and Adolescence*, 42, 20-32. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9857-5>
- Lima, L. K., de Novais Júnior, L. R., Bang, H., Denicol, T. L., Bernades, G. C., Bardini, A. V. S. L., & Lin, J. (2021). Sono na atenção primária. *Boletim do Curso de Medicina da UFSC*, 7(2), 27-32. <https://doi.org/10.32963/bcmufsc.v7i2.4741>
- Lima, M. Á., Dadico, L., & Casco, R. (2020). Relatos de participação no bullying: tipos e consequências. *Revista Cocar*, 14(28), 49-69.
- Litman, L., Constantino, G., Waxman, R., Sanabria-Velez, C., Rodriguez-Guzman, V. M., Lampon-Velez, A., Brown, R., & Cruz, T. (2015). Relationship between peer victimization and posttraumatic stress among primary school children. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 348-354. <https://doi.org/10.1002/jts.22031>
- Liu, J., Liu, X., Ji, X., Wang, Y., Zhou, G., & Chen, X. (2016). Sleep disordered breathing symptoms and daytime sleepiness are associated with emotional problems and poor

- school performance in children. *Psychiatry Research*, 242, 218-225. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.017>
- Liu, X., Liu, L., Owens, J. A., & Kaplan, D. L. (2005). Sleep patterns and sleep problems among schoolchildren in the United States and China. *Pediatrics*, 115, 241-249. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0815F>
- Liukkonen, K., Virkkula, P., Haavisto, A., Suomalainen, A., Aronene, E. T., Pitkäranta, A., & Kirjavainen, T. (2012). Symptoms at presentation in children with sleep-related disorders. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76, 327-333. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.12.002>
- Lopez, R., Amaral, A. F., Ferreira, J., & Barroso, T. (2011). Fatores implicados no fenómeno do bullying em contexto escolar: Revisão integrada da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*, 153-162. <https://doi.org/10.12707/RIII1169>
- Lourenço, L. M., Pereira, B., Paiva, D. P., & Gebara, C. (2009). A gestão educacional e o bullying: Um estudo em escolas portuguesas. *Interações*, 5, 208-228. <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/view/404/358>
- Low, S., Frey, K. S., & Brockman, C. J. (2010). Gossip on the playground: Changes associated with universal intervention, retaliation beliefs, and supportive friends. *School Psychology Review*, 39, 536-551.
- Malm, E. K., Henrich, C., Varjas, K., & Meyers, J. (2016). Parental self-efficacy and bullying in elementary school. *Journal of School Violence*, 16, 411-425. <https://doi.org/10.1080/15388220.2016.1168743>
- Manni, R., & Terzaghi, M. (2005). Rhythmic movements during sleep: a physiological and pathological profile. *Neurological Sciences*, 26, s181-s185. <https://doi.org/10.1007/s10072-005-0484-8>
- Marcus, C. L., Brooks, L. J., Ward, S. D., Draper, K. A., Gozal, D., Halbower, A. C., Jones, J., Schechter, M. S., Sheldon, S. H., Spruyt, K., Ward, S. D., Lehmann, C., & Shiffman, R. N. (2012). Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*, 130(3), 576-584. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-167>
- Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M. N., Campos, T. D., & Laganá, D. C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186-194.
- Martins, M. J. D. (2005). Agressão e vitimização entre adolescentes, em contexto escolar: Um estudo empírico. *Análise Psicológica*, 23(4), 401-425. <https://doi.org/10.14417/ap.558>
- Martins, M. J. D. (2009). *Maus-tratos entre adolescentes na escola*. Editora Novembro.

- Martins, M. A., Viana, M. R., de Vasconcellos, M. C., & Ferreira, R. A. (2020). *Semiologia da criança e do adolescente*. Medbook.
- Martins, M. J. D., & Proença, A. J. (2019). O papel da agressão e vitimação entre pares no insucesso escolar. *Revista Iberoamericana de Educación*, 80(2), 47-60. <https://doi.org/10.35362/rie8023202>
- Martins, M. S. A., & Chicote, I. P. M. (2009). Bullying: o pesadelo das escolas. *Nucleus*, 6(2), 345-354. <https://doi.org/10.3738/1982.2278.249>
- Mathias, A., Sanchez, R. P., & Andrade, M. M. M. (2006). Incentivar hábitos de sono adequados: um desafio para os educadores. *Núcleo de ensino da Unesp*, 718-731.
- Matos, M. G., & Equipa Aventura Social. (2018). *HBSC Health Behaviour in School-aged Children - Dados Nacionais 2018. A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão* [Ebook]. Equipa Aventura Social. https://issuu.com/fmh10/docs/relato_rio_nacional_hbsc_2018
- Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social. (2015). *A saúde dos adolescentes Portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014*. IHMT/UNL, FMH/UL.
- Matricciani, L., Olds, T., & Williams, M. (2011). A review of evidence for the claim that children are sleeping less than in the past. *Sleep*, 34, 651-659. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.5.651>
- McCusker, K., & Gunaydin, S. (2015). Pesquisa qualitativa, quantitativa ou mista, métodos e escolha com base na pesquisa. *Perfusão*, 30(7), 537-542.
- McEwen, B. S., & Morrison, J., H. (2013). The brain on stress: Vulnerability and plasticity of the prefrontal cortex over the life course. *Neuron*, 19, 16-29. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2013.06.028>
- Mei, S., Hu, Y., Sun, M., Fei, J., Li, C., Liang, L., & Hu, Y. (2021). Association between bullying victimization and symptoms of depression among adolescents: a moderated mediation analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 3316. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063316>
- Meijer, A. M., Habekothé, H. T., & Van Den Wittenboer, G. L. H. (2000). Time in bed, quality of sleep and school functioning of children. *Journal of Sleep Research*, 9, 145-153. <https://doi.org/10.1111/j.1467-0658.2000.93-17.pp.x>
- Melin, F., & Pereira, B. O. (2016). Perfis dos intervenientes no bullying escolar: atitudes e comportamentos na agressão entre pares. In B. Pereira, A. J. G. Barbosa, & L. M. Lourenço (Eds.), *Estudos sobre bullying: família, escola e atores* (pp. 179-209). Editora

- CRV. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/43300/1/MELIM_PERFIS%20DOS%20INTERVENIENTES.pdf
- Melim, M., & Pereira, B. O. (2013). Bullying, Género e Idade. In P. Silva, S. Souza, & I. Neto (Eds.), *O desenvolvimento humano: perspectivas para o século XXI – Memória, Lazer e Atuação Profissional* (Vol. 1, pp. 292-316). EDUFMA.
- Mello, F. O., & Alliprandini, P. M. Z. (2022). Estratégias de aprendizagem de alunos do ensino fundamental em processo de alfabetização. *Revista de Psicología*, 40(2), 935-955. <https://doi.org/10.18800/psico.202202.011>
- Mesquita, C. (2022). O impacto da Educação de Infância no desenvolvimento e aprendizagem das crianças: revisão da literatura. *RELAdeI. Revista Latinoamericana de Educación Infantil*, 11(1), 62-81.
- Miano, S., & Peraita-Adrados, R. (2014). Pediatric insomnia: clinical, diagnosis, and treatment. *Revista de Neurologia*, 58(1), 35-42.
- Mindell, J. A., Kuhn, B., Lewin, D. S., Meltzer, L. J., & Sadeh, A. (2006). Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep*, 29, 1263-1276.
- Mindell, J. A., & Lee, C. (2015). Sleep, mood, and development in infants. *Infant Behavior and Development*, 41, 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.08.004>
- Mindell, J. A., Owens, J. A., & Carskadon, M. A. (1999). Developmental features of sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 695-725. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30149-4](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30149-4)
- Miranda, L. C., & Almeida, L. S. (2011). Motivação e rendimento académico: Validação do inventário de metas académicas. *Psicologia, Educação e Cultura*, XV(2), 272-286.
- Mitchell, R. B., & Boss, E. F. (2009). Pediatric obstructive sleep apnea in obese and normal-weight children: Impact of adenotonsillectomy on quality-of-life and behavior. *Developmental Neuropsychology*, 34, 650-661. <https://doi.org/10.1080/87565640903133657>
- Monchy, M., Pijl, S. J., & Zandberg, T. (2004). Discrepancies in judging social inclusion and bullying of pupils with behavior problems. *European Journal of Special Needs Education*, 19, 317-330. <https://doi.org/10.1080/088562504200026248>
- Monteiro, M. I. C. C. P. A. (2012). *A violência em Contexto Escolar “Bullying” e a Importância da Animação Socioeducativa na Mediação de Conflitos e Apoio ao aluno* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12720/1/MARIA_MONTEIRO.pdf

- Monteiro, S., Vasconcelos, R. M., & Almeida, L. S. (2005). Rendimento académico: Influência dos métodos de estudo. *Actas do VIII Congresso Galaico Português de Psicopedagogia*, 3505-3516.
- Monteiro, M. P. G., & Asinelii-Luz, A. (2020). Diálogos sobre o bullying escolar e o desenvolvimento humano. *Educação por Escrito*, 11(1), e31701-e31701. <https://doi.org/10.15448/2179-8435.2020.1.31701>
- Moran, J. M. (2000). *Novas tecnologias e mediação pedagógica*. Papirus Editora.
- Moturi, S., & Avis, K. (2010). Assessment and treatment of common pediatric sleep disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(6), 24-37.
- Mulryan-Kyne, C. (2014). The school playground experience: opportunities and challenges for children and school staff. *Educational Studies*, 40, 377-395. <https://doi.org/10.1080/03055698.2014.930337>
- Munley, P. H. (1977). Erikson's theory of psychosocial development and career development. *Journal of Vocational Behavior*, 10(3), 261-269. [https://doi.org/10.1016/0001-8791\(77\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0001-8791(77)90062-8)
- Muñoz-Quintero, A., & Bianchi, S. B. (2017). Hábitos de sueño, desempeño académico y comportamiento en niños de básica primaria. *Pensando Psicología*, 13, 5-17. <https://doi.org/10.16925/pe.v13i21.1710>
- Myers, M. D. (1997). Pesquisa qualitativa em sistemas de informação. *MIS Quarterly*, 21(2). <https://doi.org/10.2307/249422>
- Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social Development*, 19, 221-242. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00539.x>
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *Jama*, 285, 2094-2100. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2435211/>
- National Sleep Foundation [NSF]. (2015). *National Sleep Foundation recommends new sleep times*. NSF. <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>
- National Sleep Foundation [NSF]. (2017a). *Development of obstructive sleep apnea*.

- NSF. <https://sleepfoundation.org/ask-the-expert/development-obstructive-sleep-apnea/page/0/2>
- National Sleep Foundation [NSF]. (2017b). *How blue light affects kids & sleep*. NSF. <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/how-blue-light-affects-kids-sleep>
- National Sleep Foundation [NSF]. (2017c). *Periodic limb movements in sleep*. NSF. <https://sleepfoundation.org/sleep-disorders-problems/sleep-related-movement-disorders/periodic-limb-movement-disorder>
- National Sleep Foundation [NSF]. (2017d). *Sleep and parasomnias*. NSF. <https://sleepfoundation.org/ask-the-expert/sleep-and-parasomnias>
- National Sleep Foundation. [NSF]. (2017e). *Sleep Hygiene*. NSF. <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/sleep-hygiene>
- National Sleep Foundation. [NSF]. (2017f). *What happens when you sleep?* NSF. <https://sleepfoundation.org/how-sleep-works/what-happens-when-you-sleep>
- National Sleep Foundation. [NSF]. (2017g). *What is circadian rhythm?* NSF. <https://sleepfoundation.org/sleep-topics/what-circadian-rhythm/page/0/1>
- Navarro, R., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2016). Gender identity, gender-typed personality traits and school bullying: Victims, bullies and bully-victims. *Child Indicators Research*, 9(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s12187-015-9300-z>
- Nickerson, A. B. (2019). Preventing and intervening with bullying in schools: A framework for evidence-based practice. *School Mental Health*, 11(1), 15-28. <https://doi.org/10.1007/s12310-017-9221-8>
- Niedhammer, I., David, S., Degioanni, S., Drummond, A., Philip, P., & 143 Occupational Physicians. (2009). Workplace bullying and sleep disturbances: findings from a large scale cross-sectional survey in the French working population. *Sleep*, 32(9), 1211-1219. <https://doi.org/10.1093/sleep/32.9.1211>
- Nielsen, T., & Levin, R. (2007). Nightmares: A new neurocognitive model. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 295-310. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2007.03.004>
- Nixon, G. M., Thompson, J. M., Han, D. Y., Becroft, D. M., Clark, P. M., Robinson, E., Waldie, K. E., Wild, C. J., Black, P. N., & Mitchell, E. A. (2008). Short sleep duration in middle childhood: Risk factors and consequences. *Sleep*, 31(1), 71-78. <https://doi.org/10.1093/sleep/31.1.71>
- Nogueira, F. (2015). O Espaço e o Tempo da Cidadania na Educação. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 7-32. https://doi.org/10.14195/1647-8614_49-1_1
- Núñez Pérez, J. C., González-Pienda, J. A., Rodríguez García, M., González-Pumariega, S., &

- García, S. I. (1995). Estrategias de aprendizaje en estudiantes de 10 a 14 años y su relación con los procesos de atribución causal, el autoconcepto y las metas de estudio. *Revista Galega de Psicopedagogia*, 10/11, 219-242.
- Núñez Pérez, J. C., González-Pumariega, J., García Rodríguez, M., González-Pumariega, S., Roces Montero, C., & Álvarez Pérez, L. (1997). Autocepto, estrategias de aprendizaje y rendimiento académico. *Atas do 1º Congresso Luso-Espanhol de Psicologia da Educação*, 420-435.
- Obeidallah, D. A., & Earls, F. J. (1999). *Adolescent girls: The role of depression in the development of delinquency. Research Report*. National Institute of Justice. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/fs000244.pdf>
- Oberle, E., & Schonert-Reichl, K. A. (2017). Social and Emotional Learning: Recent Research and Practical Strategies for Promoting Children's Social and Emotional Competence in Schools. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Social Behavior and Skills in Children* (pp. 175–197). https://doi.org/10.1007/978-3-319-64592-6_11
- O'Brien, L. M., Lucas, N. H., Felt, B. T., Hoban, T. F., Ruzicka, D. L., Jordan, R., Guire, K., & Chervin, R. D. (2011). Aggressive behavior, bullying, snoring, and sleepiness in schoolchildren. *Sleep Medicine*, 12(7), 652-658. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.11.012>
- Oldenburg, B., Bosman, R., & Veenstra, R. (2016). Are elementary school teachers prepared to tackle bullying? A pilot study. *School Psychology International*, 37, 64-72. <https://doi.org/10.1177/0143034315623324>
- Oliveira Menegotto, L. M., Pasini, A. I., & Levandowski, G. (2013). O bullying escolar no Brasil: Uma revisão de artigos científicos. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15, 203-215. <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1938/193828216016/O+bullying+escolar+no+Brasil:+uma+revis%EDo+de+artigos+cient%EDficos/6>
- Oliveira, W. A., da Silva, J. L., Alves Querino, R., Dos Santos, C. B., Ferriani, M. D. G. C., Dos Santos, M. A., & Iossi Silva, M. A. (2018). Systematic review on bullying and family: an analysis based on bioecological systems. *Revista de Salud Publica*, 20(3), 396-403. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n3.47748>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at schools. What we know and what we can do*. Oxford.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school. Long-Term Outcomes for the Victims and an Effective School-Based Intervention Program. In *Aggressive Behavior* (pp. 97-130). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9116-7_5

- Olweus, D. (1996). Bully/Victim problems at school: Facts and effective intervention. *Reclaiming children and youth: Journal of Emotional and Behavioral Problems*, 5(1), 15-22.
- Olweus, D. (1997). Bully/Victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology and Education*, 12(4), 495-510. <https://doi.org/10.1007/BF03172807>
- Olweus, D. (2006). *Revised Olweus Bully/Victim Questionnaire (OBVQ)*. APA PyTests. <https://doi.org/10.1037/t09634-000>
- Olweus, D. (2011). Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Criminal Behavior and Mental Health*, 21, 151-156. <https://doi.org/10.1002/cbm.806>
- Olweus, D., & Breivik, K. (2014). Plight of victims of school bullying: The opposite of well-being. In A. Ben-Arieh, F. Casas, I. Frønes, & J. E. Korbin (Eds.), *Handbook of Child Well-being* (pp. 2593-2616). <https://doi.org/10.1007/978-90-481-9063-8>
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2010). Bullying in school: evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(1), 124. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2010.01015.x>
- Orenstein, G. A., & Lewis, L. (2021). Eriksons stages of psychosocial development. *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. [OECD]. (2016). *PISA 2015 Assessment and Analytical Framework: Science, Reading, Mathematic and Financial Literacy* [Avaliação e Enquadramento Analítico: Ciências, Leitura, Matemática e Literacia Financeira]. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264255425-en>
- Ota, K., Ota, A., & Kitae, S. (2007). Analysis of the sleeping habits of young children in relation to environmental factors and their psychological state. *Sleep and Biological Rhythms*, 5, 284-287. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2007.00322.x>
- Owens, J. (2007). Classification and epidemiology of childhood sleep disorders. *Sleep Medicine Clinics*, 2, 353-361. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2007.05.009>
- Owens, J. A., Belon, K., & Moss, P. (2010). Impact of delaying school start time on adolescent sleep, mood, and behavior. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 164(7), 608-614. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.96>
- Paavonen, E. J., Porkka-Heiskanen, T., & Lahikainen, A. R. (2009). Sleep quality, duration and behavioral symptoms among 5-6-year-old children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 747-754. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0033-8>

- Pagel, J. F., Forister, N., & Kwiatkowski, C. (2007). Adolescent sleep disturbance and school performance: The confounding variable of socioeconomics. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 3, 19-23.
- Paiva, M. O., & Lourenço, A. A. (2011). Rendimento académico: Influência do autoconceito e do ambiente de sala de aula. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 393-402.
- Palmer, C. A., & Alfano, C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: Na organizing integrative review. *Sleep Medicine Reviews*, 31, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.12.006>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Artmed.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *O Mundo da Criança: Da Infância à Adolescência*. AMGH Editora.
- Páscoa, D. M. P. (2013). *Bullying: Um estudo exploratório com alunos do 2º e 3º ciclos do ensino básico, em duas escolas do concelho de Seia* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro]. Repositório da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. <https://repositorio.utad.pt/handle/10348/3320>
- Paul, J. J., & Cillessen, A. H. (2003). Dynamics of peer victimization in early adolescence: Results from a four-year longitudinal study. *Journal of Applied School Psychology*, 19(2), 25-43. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2009.00539.x>
- Pavlova, M. K., & Latreille, V. (2019). Sleep disorders. *The American Journal of Medicine*, 132(3), 292-299. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.09.021>
- PC, K. N., & Madhavan, V. (2018). Bullying and academic performance among school children. *International Journal of Pure and Applied Mathematics*, 118(5), 587-602.
- Peach, H. D., & Gaultney, J. F. (2013). Sleep, impulse control, and sensation-seeking predict delinquent behavior in adolescents, emerging adults, and adults. *Journal of Adolescent Health*, 53, 293-299. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.012>
- Peng, P., & Kievit, R. A. (2020). The development of academic achievement and cognitive abilities: A bidirectional perspective. *Child Development Perspectives*, 14(1), 15-20. <https://doi.org/10.1111/cdep.12352>
- Pereira, B. O. (2008). Para uma escola sem violência. *Estudo e prevenção das práticas agressivas entre crianças* (2ª ed.). Fundação Calouste Gulbenkian, Ministério da Ciência e Tecnologia (MTC).
- Pereira, B., Mendonça, D., Neto, C., Valente, L., & Smith, P. K. (2004). Bullying in Portuguese schools. *School Psychology International*, 25, 241-254. <https://doi.org/10.1177/0143034304043690>

- Pereira, B., Silva, M. I., & Nunes, B. (2009). Descrever o bullying na escola: Estudo de um agrupamento de escolas no interior de Portugal. *Revista Diálogo Educacional*, 9, 455-466. <http://www.redalyc.org/service/redalyc/downloadPdf/1891/189114443004/DESCREVER+O+BULLYING+NA+ESCOLA:+estudo+de+um+agrupamento+de+escolas+no+interior+de+Portugal/1>
- Perron, T. (2015). Looking at the factors associated with bullying and visits to the school nurse, in the United States. *British Journal of School Nursing*, 10, 288-295. <https://doi.org/10.12968/bjsn.2015.10.6.288>
- Petit, D., Pennestri, M. H., Paquet, J., Desautels, A., Zadra, A., Vitaro, F., Tremblay, R. E., Boivin, M., & Montplaisir, J. (2015). Childhood sleepwalking and sleep terrors: a longitudinal study of prevalence and familial aggregation. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 653-658. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.127>
- Piaget, J. (1976). Piaget's Theory. In B. Inhelder, H. H. Chipman, & C. Zwingmann (Eds.), *Piaget and His School*. Springer Study Edition, Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-46323-5_2
- Pires, G. N., Bezerra, A. G., Tufik, S., & Andersen, M. L. (2016). Effects of acute sleep deprivation on state anxiety levels: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 24, 109-118. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.07.019>
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures on health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 583-596. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00004-4)
- Piovesan, J., Ottonelli, J. C., Bordin, J. B., & Piovesan, L. (2018). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem* (1ª ed.). Universidade Federal de Santa Maria. <https://docplayer.com.br/146852761-Psicologia-do-desenvolvimento-e-da-aprendizagem-autoras-josieli-piovesan-juliana-cerutti-ottonelli-jussania-basso-bordin-lais-piovesan.html>
- Porkka-Heiskanen, T., Zitting, K.-M., & Wigren, H.-K. (2013). Sleep, its regulation and possible mechanisms of sleep disturbances. *Acta Physiologica (Oxford, England)*, 208, 311-328. <https://doi.org/10.1111/apha.12134>
- Rachmadtullah, R., Syofyan, H., & Rasmitadila, R. (2020). The Role of Civic Education Teachers in Implementing Multicultural Education in Elementary School Students. *Universal Journal of Educational Research*, 8(2), 540-546. <https://doi.org/10.13189/ujer.2020.080225>

- Raimundo, R., & Seixas, S. R. (2009). Comportamentos de Bullying no 1º Ciclo: Estudo de caso numa escola de Lisboa. *Interações*, 5(13), 164-186. <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/352/1/M9.pdf>
- Ramalho, J. (2012). Sleep Deprivation Effects in Selective Attentional Capacities. *Revista da Saúde*, 12(3), 185-194.
- Ramtekkar, U., & Ivanenko, A. (2015). Sleep in children with psychiatric disorders. *Seminars in Pediatric Neurology*, 22, 148-155. <https://doi.org/10.1016/j.spen.2015.04.004>
- Randazzo, A. C., Muehlbach, M. J., Schweitzer, P. K., & Walsh, J. K. (1998). Cognitive function following acute sleep restriction in children ages 10-14. *Sleep*, 21, 861-888. <https://doi.org/10.1093/sleep/21.8.861>
- Rego, A. C. (Ed.). (2017). *Neurociências*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Reimer, M. A., & Flemons, W. W. (2003). Quality of life in sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 7(4), 335-349. <https://doi.org/10.1053/smr.2001.0220>
- Reuland, M. M., & Mikami, A. Y. (2014). Classroom victimization: Consequences for social and academic adjustment in elementary school. *Psychology in the Schools*, 51, 591-607. <https://doi.org/10.1002/pits.21770>
- Reutrakul, S., & Van Cauter, E. (2018). Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. *Metabolism*, 84, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.02.010>
- Richard, J. F., Schneider, B. H., & Mallet, P. (2011). Revisiting the whole-school approach to bullying: Really looking at the whole school. *School Psychology International*, 33, 263-284. <https://doi.org/10.1177/0143034311415906>
- Richter, L., Black, M., Britto, P., Daelmans, B., Desmond, C., Devercelli, A., Dua, T., Fink, G., Heymann, J., Lombardi, J., Lu, C., Naicker, S., & Vargas-Barón, E. (2019). Early childhood development: an imperative for action and measurement at scale. *BMJ global health*, 4(Suppl 4), e001302. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001302>
- Riffle, L. N., Kelly, K. M., Demaray, M. L., Malecki, C. E., Santuzzi, A. M., Rodriguez-Harris, D. J., & Emmons, J. D. (2021). Associations among bullying role behaviors and academic performance over the course of an academic year for boys and girls. *Journal of School Psychology*, 86, 49-63. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.03.002>
- Rigby, K. (2003). Consequences of bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 583-590. <https://doi.org/10.1177/070674370304800904>
- Rigby, K., & Slee, P. T. (1993). Dimensions of interpersonal relation among Australian children and implications for psychological well-being. *The Journal of Social Psychology*,

- 133(1), 33-42. <https://doi.org/10.1080/00224545.1993.9712116>
- Ristum, M. (2010). Bullying Escolar. In S. G. de Assis, P. Constantino, & J. Q. Avanci (Eds.), *Impactos da violência na escola: Um diálogo com professores* (pp. 95-119). Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575413302>
- Rivara, F., & Le Menestrel, S. (2016). *Preventing bullying through science, policy, and practice*. National Academics Press.
- Rosário, P. (1999). As abordagens dos alunos ao estudo: Diferentes modelos e suas interrelações. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 43-58.
- Rosário, A. C., & Duarte, M. (2010). A agressão/vitimação entre pares: Um estudo longitudinal com alunos do 3º ciclo do ensino básico. *Amazônica*, 5, 7-22. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4028557>
- Rosário, P., Almeida, L., Guimarães, C., Faria, A., Prata, L., Dias, M., & Núñez, C. (2001). Como enfrentam os alunos universitários as suas tarefas académicas? Um enfoque sobre o ano escolar e a sua relação com o rendimento escolar. *Revista Galego-Portuguesa de Psicologia e Educação*, 5, 429-435.
- Ross, D. M. (2003). *Childhood bullying, teasing, and violence: What school personnel, other professionals, and parents can do*. American Counseling Association.
- Ross, S. W., & Horner, R. H. (2014). Bully prevention in positive behavior support: Preliminary evaluation of third-, fourth-, and fifth-grade attitudes toward bullying. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22, 225-236. <https://doi.org/10.1177/1063426613491429>
- Runyan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 57-86). World Health Organization.
- Saarento, S., Garandeau, C. F., & Salmivalli, C. (2015). Classroom-and school-level contributions to bullying and victimization: A review. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 25, 204-218. <https://doi.org/10.1002/casp.2207>
- Saarento, S., Kärnä, A., Hodges, E. V. E., & Salmivalli, C. (2013). Student-, classroom-, and school-level risk factors for victimization. *Journal of School Psychology*, 51, 421-434. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2013.02.002>
- Sack, R. L., Auckley, D., Auger, R., Carskadon, M. A., Wright, K. P., Jr., Vitiello, M. V., Zhdanova, I. V., & American Academy of Sleep Medicine. (2007). Circadian rhythm sleep disorders: Part II, advanced sleep phase disorder, delayed sleep phase disorder,

- free-running disorder, and irregular sleep-wake rhythm. *Sleep*, 30, 1484-1501. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.11.1484>
- Sadeh, A., Flint-Ofir, E., Tirosh, T., & Tikotzky, L. (2007). Infant sleep and parental sleep-related cognitions. *Journal of Family Psychology*, 21, 74-87. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.1.74>
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.007>
- Salmivalli, C. (2014). Participant roles in bullying: How can peer bystanders be utilized in interventions? *Theory into Practice*, 53, 286-292. <https://doi.org/10.1080/00405841.2014.947222>
- Salmivalli, C., Lagerspetz, K., Björkqvist, K., Österman, K., & Kaukiainen, A. (1996). Bullying as a group process: Participant roles and their relations to social status within the group. *Aggressive Behavior*, 22, 1-15. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2337\(1996\)22:13.0.CO;2-T](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2337(1996)22:13.0.CO;2-T)
- Salmivalli, C., Voeten, M., & Poskiparta, E. (2011). Bystanders matter: Associations between reinforcing, defending, and the frequency of bullying behavior in classrooms. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40, 668-676. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597090>
- Santos, A. J., Cabral-Xavier, A. F., Martins Paiva, S., & Leite-Cavalcanti, A. (2014). The prevalence and types of bullying in 13 to 17 year-old Brazilian schoolchildren. *Revista de Salud Publica*, 16(2), 173-183.
- Santos, M. O., Barbosa, D. G., & Felden, E. P. (2015). Hábitos e problemas relacionados ao sono em crianças dos seis aos dez anos. *Salusvita*, 34, 205-218.
- Santos, T. A. S., Rezende, K. T. A., Santos, I. F., & da Rocha Tonhom, S. F. (2020). A influência da tecnologia no desenvolvimento da criança pré-escolar e escolar. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 592-608. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.592-608>
- Saraiva, C. B., & Cerejeira, J. (Cords.). (2014). *Psiquiatria fundamental*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Sateia, M. J., Doghramji, K., Hauri, P. J., & Morin, C. M. (2000). Evaluation of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 23(2), 243-308.
- Savahl, S., Montserrat, C., Casas, F., Adams, S., Tiliouine, H., Benninger, E., & Jackson, K. (2019). Children's experiences of bullying victimization and the influence on their subjective well-being: A multinational comparison. *Child Development*, 90(2),

- 414-431. <https://doi.org/10.1111/cdev.13135>
- Schffer, C. C. R. (2022). Fundamentos da teoria piagetiana do desenvolvimento cognitivo. *Paidéia*, 17(27), 19-44.
- Schirmann, J. K., Miranda, N. G., Gomes, V. F., & Zarth, E. L. F. (2019). Fases de desenvolvimento humano segundo Jean Piaget. *Actas do VI Congresso Nacional de Educação*. https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA9_ID4743_27092019225225.pdf
- Schreck, K. A., & Richdale, A. L. (2011). Knowledge of childhood sleep: a possible variable in under or misdiagnosis of childhood sleep problems. *Journal of Sleep Research*, 20(4), 589-597. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2011.00922.x>
- Schreier, A., Wolke, D., Thomas, K., Horwood, J., Hollis, C., Gunnell, D., Lewis, G., Thompson, A., Zammit, S., Duffy, L., Salvi, G., & Harrison, G. (2009). Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of General Psychiatry*, 66, 527-536. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.23>
- Schutt, R. K. (1999). *Investigating the social world: The process and practice of research* (2^a ed). Pine Forge Press.
- Serdiouk, M., Rodkin, P., Madill, R., Logis, H., & Gest, S. (2015). Rejection and victimization among elementary school children: The buffering role of classroom-level predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 5-17. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9826-9>
- Serrão, F., Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2007). Qualidade do sono e depressão: Que relações sintomáticas em crianças de idade escolar. *Psico-USF*, 12, 257-268. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712007000200014>
- Sesar, K., Simic, N., & Sesar, D. (2013). The association between bullying behavior, arousal level, coping strategies and psychological adjustment. *Paediatrics Today*, 9, 112-128. <https://doi.org/10.5457/p2005-114.68>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2009). *Research methods in psychology* (8th ed.). McGraw-Hill Higher Education.
- Shetgiri, R., Lin, H., & Flores, G. (2013). Trends in risk and protective factors for child bullying perpetration in the United States. *Child Psychiatry and Human Development*, 44, 89-104. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0312-3>
- Shochat, T., Cohen-Zion, M., & Tzischinsky, O. (2014). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: a systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 18(1), 75-87.

<https://doi.org/10.1016/j.smr.2013.03.005>

- Siegel, J. M. (2005). REM sleep. *Principles and Practice of Sleep Medicine*, 4, 120-135.
- Silva, L. O. (2018). Bullying nas escolas. *Direito & Realidade*, 6(5), 27-40.
- Silva, C. F. R. D. (2016). *O Desenvolvimento da Expressão em Contexto Pré-escolar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação João de Deus]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14216/1/Cristina%20Ramalho.pdf>
- Silva, D., Tavares, E., Silva, E., Duarte, J., Cabral, L., & Martins, C. (2017). Vítimas e agressores – manifestações de bullying em alunos do 6º ao 9º ano de escolaridade. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 5, 57-62. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0168>
- Silva, E. B., Macedo, M., Simões, P., Duarte, J., Silva, D., & Ferreira, M. (2018). Perspetiva dos pais sobre as perturbações do sono das crianças em idade pré-escolar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 39-45.
- Silva, F. R. D., & Assis, S. G. (2017). Prevenção da violência escolar: uma revisão da literatura. *Educação e Pesquisa*, 44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201703157305>
- Silva, I. A., Lucatto, L. C., Cruz, L. A. N., & Martins, R. A. (2015). Considerações sobre a agressividade infantil. *Revista Olhares & Trilhas*, 17(21), 66-82.
- Silva, M. A. I., Pereira, B., Mendonça, D., Nunes, B., & Oliveira, W. A. (2013). The involvement of girls and boys with bullying: Na analysis of gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 6820-6831. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126820>
- Simola, P., Laitalainen, E., Liukkonen, K., Virkkula, P., Pitkäranta, A., & Aronen, E. T. (2011). Sleep disturbances in a community sample from preschool to school age. *Child: Care, Health and Development*, 38, 572-580. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.012>
- Simola, P., Liukkonen, K., Pitkäranta, A., Pirinen, T., & Aronen, E. T. (2012). Psychosocial and somatic outcomes of sleep problems in children: A 4-year follow-up study. *Child: Care, Health and Development*, 40, 60-67. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2012.01412.x>
- Sjursø, I., Fandrem, H., & Roland, E. (2020). “All the Time, Every Day, 24/7”: A Qualitative Perspective on Symptoms of Post-traumatic Stress in Long-Term Cases of Traditional and Cyber Victimizations in Norway and Ireland. *International Journal of Bullying Prevention*, 2(2), 139-148. <https://doi.org/10.1007/s42380-019-00024-8>
- Smith, P. K., Cowie, H., Olafsson, R. F., Liefhoghe, A. P. D. (2002). Definitions of bullying:

- A comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Development*, 73, 1119-1133. <https://doi.org/10.1111/1467-8632.00461>
- Solberg, M. E., & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 29(3), 239-268. <https://doi.org/10.1002/ab.10047>
- Staecker, E., Puett, E., Afrassiab, S., Ketcherside, M., Azim, S., Wang, A., Rhodes, D., & Cox, C. (2015). Effectiveness of an afterschool-based aggression management program for elementary students. *Professional School Counseling*, 19, 125-132. <https://doi.org/10.5330/1096-2409-19.1.125>
- Stockdale, M. S., Hangaduambo, S., Duys, D., Larson, K., & Sarvela, P. (2002). Rural elementary students', parents', and teachers' perceptions of bullying. *American Journal of Health Behavior*, 26, 266-277. <https://doi.org/10.5993/AJHB.26.4.3>
- Stores, G. (2008). Aspects of parasomnias in childhood and adolescence. *Archives of Disease in Childhood*, 94, 63-69. <https://doi.org/10.1136/adc.2007.131631>
- Street, N. W., McCormick, M. C., Austin, S. B., Slopen, N., Habre, R., & Molnar, B. E. (2016). Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep Health*, 2(2), 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2016.03.002>
- Stueve, A., Dash, K., O'Donnell, L., Tehranifar, P., Wilson-Simmons, R., Slaby, R. G., & Link, B. G. (2006). Rethinking the bystander role in school violence prevention. *Health Promotion Practice*, 7, 117-124. <https://doi.org/10.1177/1524839905278454>
- Suárez, J., M. & Fernández, A. P. (2011). Evaluación de las estrategias de autorregulación afectivo-motivacional de los estudiantes: Las EEMA-VS. *Anales de Psicología*, 27, 369-380.
- Sujarwo, S., Kusumawardani, E., Prasetyo, I., & Herwin, H. (2021). Parent Involvement in Adolescents' Education: A Case Study of Partnership Models. *Cypriot Journal of Educational Sciences*, 16(4), 1563-1581.
- Sullivan, K. (2011). *The anti-bullying handbook* (2nd ed.). Sage Publications.
- Szelenberger, W., Niemcewicz, S., & Dabrowska, A. J. (2005). Sleepwalking and night terrors: psychopathological and psychophysiological correlates. *International Reviews of Psychiatry*, 17, 263-270. <https://doi.org/10.1080/09540260500104573>
- Taborda, L. D. S. (2019). The Influence of Technology in Child Development. *Uningá Review*, 34(1), 40-48.

- Talbot, L. S., McGlinchey, E. L., Kaplan, K. A., Dahl, R. E., & Harvey A. G. (2010). Sleep deprivation in adolescents and adults: Changes in affect. *Emotion*, 10, 831-841. <https://doi.org/10.1037/a0020138>
- Taylor, D. J., Jenni, O. G., Acebo, C., & Carskadon, M. A. (2005). Sleep tendency during extended wakefulness: Insights into adolescent sleep regulation and behavior. *Journal of Sleep Research*, 14, 239-244. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2005.00467.x>
- Taylor, D. J., & Roane, B. M. (2010). Treatment of insomnia in adults and children: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 66, 1137-1147. <https://doi.org/10.1002/jclp.20733>
- Teasley, M. L., & Nevarez, L. (2016). Awareness, prevention, and intervention for elementary school bullying. The need for social responsibility. *National Association of Social Workers*, 38, 67-69. <https://doi.org/10.1093/cs/cdw011>
- Teixeira, O. E. J., Reche, M. P. C., & Lucena, M. A. H. (2017). A gestão dos conflitos escolares na infância. Análise das causas e medidas de intervenção na região da Madeira (Portugal). *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 15, 37-53. <https://doi.org/10.15366/reice2017.15.1.003>
- Tempesta, D., Couyoumdijan, A., Curcio, G., Moroni, F., Marzano, C., Gennaro, L. de, & Ferrara, M. (2010). Lack of sleep affects the evaluation of emotional stimuli. *Brain Research Bulletin*, 82, 104-108. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2010.01.014>
- Thorpy, M. J. (2012). Classification of sleep disorder. *Neurotherapeutics*, 9, 687-701. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0145-6>
- Tokunaga, R. S. (2010). Following you home from school: A critical review and synthesis of research on cyberbullying victimization. *Computers in Human Behavior*, 26(3), 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2009.11.014>
- Tolsma, J., van Deurzen, I., Stark, T. H., & Veenstra, R. (2013). Who is bullying whom in ethnically diverse primary schools? Exploring links between bullying, ethnicity, and ethnic diversity in Dutch primary schools. *Social Networks*, 35(1), 51-61. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2012.12.002>
- Touchette, E., Petit, D., Séguin, J. R., Boivin, M., Tremblay, R. E., & Montplaisir, J. Y. (2007). Associations between sleep duration patterns and behavioral / cognitive functioning at school entry. *Sleep*, 30, 1213-1219. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.9.1213>
- Tsang, S. K. M., Hui, E. K. P., & Law, B. C. M. (2011). Bystander position taking in school bullying: The role of positive identity, self-efficacy, and self-determination. *The*

- Scientific World Journal*, 11, 2278-2286. <https://doi.org/10.1100/2011/531474>
- Tsaousis, I. (2016). The relationship of self-esteem to bullying perpetration and peer victimization among schoolchildren and adolescents: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 186-199. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.09.005>
- Tsigos, C., & Chrousos, G. P. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 865-871. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00429-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00429-4)
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Lösel, F., & Loeber, R. (2011). Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression, Conflict and Research*, 3, 63-73. <https://doi.org/10.1108/17596591111132873>
- Twemlow, S. W., Fonagy, P., & Sacco, F. C. (2004). The role of the bystander in the social architecture of bullying and violence in schools and communities. *Annals New York Academy of Sciences*, 1036, 215-232. <https://doi.org/10.1196/annals.1330.014>
- Urschitz, M. S., Guenther, A., Eggebrecht, E., Wolff, J., Urschitz-Duprat, P. M., Schauld, M., & Poets, C. F. (2003). Snoring, intermittent hypoxia and academic performance in primary school children. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 168, 464-468. <https://doi.org/10.1164/rccm.200212-1397OC>
- Vahedi, S., Azar, E. F., & Golparvar, F. (2016). The effectiveness of school-wide anti bullying programs on teachers' efficacy in dealing with students' bullying behavior. *Fundamentals of Mental Health*, 18, 68-75. <https://pdfs.semanticscholar.org/6d42/8d3099b30f35beb04567909433ee8b796431.pdf>
- Van Dam, D. S. (2017). *Untangling pathways between childhood trauma and psychosis* [Tese de Doutorado, Universidade de Amesterdão]. Repositório Académico Digital. <https://dare.uva.nl/search?identifier=56bc6ed5-326d-43a4-ba7d-95279c7d264f>
- Van Der Leij, T., Avraamidou, L., Wals, A., & Goedhart, M. (2022). Supporting secondary students' morality development in science education. *Studies in Science Education*, 58(2), 141-181. <https://doi.org/10.1080/03057267.2021.1944716>
- Van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. H. (2016). The relation between peer victimization and sleeping problems: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 27, 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.05.004>
- Vandenbos, G. R. (2007). *APA Dictionary of Psychology*. American Psychological Association.
- Vanderbilt, D., & Augustyn, M. (2010). The effects of bullying. *Paediatrics and Child*

- Health*, 20(7), 315-320. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2010.03.008>
- Vaz, C., & Villa, F. (2021). Bullying Escolar: O Uso de Jogos Didáticos como Estratégia Anti-Bullying. *Interacções*, 17(57), 229-250. <https://doi.org/10.25755/int.23820>
- Vaz, M. G., & Moreira, T. V. E. (2022). *Influência da Socialização da 3ª Infância na Construção da Autoestima do Adulto*. VIII Seminário de Produção Científica do Curso de Psicologia, Universidade Evangélica de Goiás. <http://repositorio.aee.edu.br/jspui/bitstream/aee/19726/1/ASPECTOS%20DA%20FUN%20C3%87%20COGNITIVA%20DA%20ATEN%20EM%20PACIENTES%20P%2093S-COVID-19.pdf>
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Winter, A. D. de, Oldehinkel, A. J., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2005). Bullying and victimization in elementary schools: A comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Developmental Psychology*, 41, 672-682. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.672>
- Verissimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Faculdade de Medicina do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9133>
- Veríssimo, L., Martins, F., Costa, M., Castro, I., & Oliveira, J. (2022). *Aprender com todos: propostas e orientações para a promoção do sucesso escolar*. Universidade Católica Editora.
- Vieno, A., Gini, G., & Santinello, M. (2011). Different forms of bullying and their association to smoking and drinking behavior in Italian adolescents. *Journal of School Health*, 81, 393-399. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2011.00607.x>
- Violato, C., & Andrews, J. (1994). A validity study of Bigg's three-factor model of learning approaches. A confirmatory factor analysis employing a Canadian sample. *British Journal of Educational Psychology*, 64, 179-185.
- Vriend, J., & Corkum, P. (2011). Clinical management of behavioral insomnia of childhood. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 69-79. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S14057>
- Vriend, J. L., Davidson, F. D., Corkum, P. V., Rusak, B., McLaughlin, E. N., & Chambers, C. T. (2012). Sleep quantity and quality in relation to daytime functioning in children. *Children's Health Care*, 41, 204-222. <https://doi.org/10.1080/02739615.2012.685039>
- Vriend, J. L., Davidson, F. D., Corkum, P. V., Rusak, B., Chambers, C. T., & McLaughlin, E. N. (2013). Manipulating sleep duration alters emotional functioning and cognitive performance in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 38, 1058-1069. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst033>

- Waasdorp, T. E., Fu, R., Perepezko, A. L., & Bradshaw, C. P. (2021). The role of bullying-related policies: Understanding how school staff respond to bullying situations. *European Journal of Developmental Psychology*, 18(6), 880-895. <https://doi.org/10.1080/17405629.2021.1889503>
- Walker, M. P., & van Der Helm, E. (2009). Overnight therapy? The role of sleep in emotional brain processing. *Psychological Bulletin*, 135(5), 731. <https://doi.org/10.1037/a0016570>
- Walter, L. M., Shepherd, K. L., Yee, A., & Horne, R. S. (2020). Insights into the effects of sleep disordered breathing on the brain in infants and children: imaging and cerebral oxygenation measurements. *Sleep Medicine Reviews*, 50. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2019.101251>
- Walters, A. S. (2007). Clinical identification of the simple sleep-related movement disorders. *Chest*, 131(4), 1260-1266. <https://doi.org/10.1378/chest.06-1602>
- Waluyandi, F., Trihastuti, R., & Muchtarom, M. (2020). Implementation of Parental Involvement in Learning Civic Education. *Budapest International Research and Critics in Linguistics and Education (BirLE) Journal*, 3(4), 1686-1695. <https://doi.org/10.33258/birle.v3i4.1298>
- Wang, Q., Liu, Y., & Mati, K. (2020). Bully victimization is a correlate of sleep loss over worry (SLOW) among adolescents in four South-East Asian countries. *Sleep Medicine*, 69, 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.01.022>
- Wang, W., Vaillancourt, T., Brittain, H. L., McDougall, P., Krygsman, A., Smith, D., Cunningham, C. E., Haltigan, J. D., & Hymel, S. (2014). School climate, peer victimization, and academic achievement: Results from a multi-informant study. *School Psychology Quarterly*, 29, 360-377. <https://doi.org/10.1037/spq0000>
- Waters, K. A., Suresh, S., & Nixon, G. M. (2013). Sleep disorders in children. *Medical Journal of Australia*, 199, S31-S35.
- Weiss, M. D., & Salpekar, J. (2010). Sleep problems in the child with attention-deficit hyperactivity disorder: Defining aetiology and appropriate treatments. *CNS Drugs*, 24, 811-828. <https://doi.org/10.2165/11538990-000000000-00000>
- Williams, J. A., Zimmerman, F. J., & Bell, J. F. (2013). Norms and trends of sleep time among US children and adolescents. *Jama Pediatrics*, 167, 55-60. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.423>

- Witcher, L. A., Gozal, D., Molfese, D. M., Salathe, S. M., Spruyt, K., & Crabtree, V. M. (2012). Sleep hygiene and problem behaviors in snoring and non-snoring school-age children. *Sleep Medicine*, 12, 802-309. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2012.03.013>
- Wolfson, A. R., Spaulding, N. L., Dandrow, C., & Baroni, E. (2007). Middle school start times: The importance of a good night's sleep for young adolescents. *Behavioral Sleep Medicine*, 5, 194- 209. <https://doi.org/10.1080/15402000701263809>
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2000). The association between direct and relational bullying and behavior problems among primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41, 989-1002. <https://doi.org/10.1111/1469- 7610.00687>
- Wolke, D., Woods, S., Bloomfield, L., & Karstadt, L. (2001). Bullying involvement in primary school and common health problems. *Archive of Disease in Childhood*, 85, 197-201. <https://doi.org/10.1136/adc.85.3.197>
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2014). Bullying and parasomnias: A longitudinal cohort study. *Pediatrics*, 134, e1040-e1048. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1295>
- Wolke, D., & Lereya, S. T. (2015). Efeitos a longo prazo do bullying. *Arquivos de Doenças na Infância*, 100 (9), 879-885.
- Woods, S., & Wolke, D. (2004). Direct and relational bullying among primary school children and academic achievement. *Journal of School Psychology*, 42, 135-155. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2003.12.002>
- Yang, A., & Salmivalli, C. (2013). Different forms of bullying and victimization: Bully-victims versus bullies and victims. *European Journal of Developmental Psychology*, 10, 723-738. <https://doi.org/10.1080/17405629.2013.793596>
- Zalba, J., Durán, L. G., Carletti, D. R., Zavala, P., Serralunga, M. G., Jouglaard, E. F., & Esandi, M. E. (2018). Student's perception of school bullying and its impact on academic performance: a longitudinal look. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 116(2), 216-226. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.eng.e226>
- Zequinão, M. A., Cardoso, A. A., da Silva, J. L., de Medeiros, P., Silva, M. A. L., Pereira, B., & Cardoso, F. L. (2017). Academic performance and bullying in socially vulnerable students. *Journal of Human Growth and Development*, 27(1), 19-27. <https://doi.org/10.7322/jhgd.127645>
- Zequinão, M. A., Medeiros, P. de, Pereira, B., & Cardoso, F. L. (2016). Association between spectator and other roles in school bullying. *Journal of Human Growth and Development*, 26, 352-359. <https://doi.org/10.7322/jhgd.122819>

- Zhou, Y., Guo, L., Lu, C.-Y., Deng, J.-X., He, Y., Huang, J.-H., Huang G.-L., Deng, X.-Q, & Gao, X. (2015). Bullying as a risk for poor sleep quality among high school students in China. *Plos One*, 10(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121602>
- Zhou, Z.-K., Liu, Q.-Q., Niu, G.-F., Sun, X.-J., & Fan, C.-Y. (2017). Bullying victimization and depression in Chinese children: A moderated mediation model of resilience and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 104, 137-142. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.07.040>
- Zych, I., Ortega-Ruiz, R., & Del Rey, R. (2015). Systematic review of theoretical studies on bullying and cyberbullying: Facts, knowledge, prevention, and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 23, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.10.001>
- Zych, I., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2019). Empathy and callous–unemotional traits in different bullying roles: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(1), 3-21. <https://doi.org/10.1177/1524838016683456>

ANEXOS

Anexo A.

Consentimento Informado de Investigação

Código do Participante _____

Acordo de Consentimento Informado

Investigação da Relação entre o *Bullying*, a Qualidade do Sono e o Desempenho Académico.

Convidamos o seu filho ou a criança da qual é Detentor da Responsabilidade Parental a participar num estudo em que se irá investigar a relação entre o *Bullying*, a Qualidade do Sono, e alguns Fatores Escolares. Esta investigação decorre na Escola “A Voz do Operário” em articulação com a Universidade Autónoma de Lisboa (Departamento de Psicologia e Centro de Investigação em Psicologia - CIP).

Objetivos Gerais do Estudo – Verificar se o facto de estar envolvido em Comportamentos de *Bullying* afeta a Qualidade do Sono e o Desempenho Académico em alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico (Crianças em Idade Escolar).

O que fará no Estudo – A criança será convidada a participar num estudo de Cariz Transversal. Em que serão aplicados um conjunto de questionários: Questionário Sociodemográfico, de *Bullying* e de Qualidade do Sono.

Recolha de Dados – Será realizado um momento de avaliação, que acontecerá em Abril. Neste momento será aplicado à criança um protocolo constituído por 3 questionários muito fáceis de responder e que se referem:

- (a) Questionário Sociodemográfico.
- (b) Questionário – “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE).
- (c) Questionário – Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI)
- (d) Aceitar o acesso às notas da criança para aferir o Desempenho Académico.

Durante o programa não serão recolhidas imagens e todos os dados serão trabalhados sem a identificação dos nomes dos alunos, pois será dado um código a cada um deles, não permitindo em qualquer momento que estes sejam identificados. Garantimos assim, absoluto anonimato e confidencialidade dos dados de cada um dos participantes. Até porque, assim que os dados tiverem sido todos recolhidos estes ficam automaticamente anonimizados, pois eliminamos as codificações de cada criança.

Não se antecipam riscos para os participantes, poderá, contudo, é haver benefícios ao nível do comportamento no contexto escolar, regulação dos padrões de sono, empenho académico, autoestima e desempenho académico.

Registo dos Dados: Pedimos autorização para recolher e arquivar os dados supramencionados, sem a utilização de nomes para manter o absoluto anonimato dos alunos.

Arquivo e Divulgação dos Dados: Todos os dados recolhidos serão usados exclusivamente para efeitos de investigação científica e respeitarão as regras de proteção de dados da ética científica e da lei geral europeia. Os dados recolhidos em papel serão arquivados, codificados e sem o nome dos participantes. Garantimos a devolução dos resultados globais aos participantes do estudo através do email amgomes@autonomia.pt e/ou numa reunião de divulgação de resultados no

estabelecimento de ensino. Espera-se como resultados deste estudo a publicação de artigos científicos.

Confidencialidade Integridade e Disponibilidade: Os dados pessoais da criança não serão divulgados e serão mantidos confidenciais, sendo asseguradas as medidas de segurança técnicas e organizacionais mais adequadas. O seu nome será codificado (atribuição de um código) e arquivado. Os dados recolhidos serão mantidos codificados e arquivados numa base de dados protegida por palavra-passe. Apenas dois elementos da coordenação, direção científica do projeto e responsável pelo tratamento de dados terão acesso aos seus dados pessoais. Todos os intervenientes que recolhem os dados estão sob compromisso de confidencialidade e de sigilo. Logo que se saia da presença da criança (no momento da avaliação) os dados tornam-se anónimos. Todos os dados pessoais serão eliminados, ao final de cinco anos, após a publicação dos resultados, mantendo-se os dados recolhidos anonimizados.

Participação Voluntária: A participação da criança é voluntária. Tem o direito de desistir do estudo a qualquer momento sem qualquer penalização, bastando para isso informar os coordenadores do projeto.

No final do estudo, os participantes poderão pedir e ter acesso a informação mais específica sobre os objetivos, hipóteses, procedimentos, resultados e conclusões do estudo.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, pode contactar os responsáveis pela Coordenação do Projeto e da Investigação:

Coordenador do Projeto: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Coordenador da Investigação: Ana Maria Gomes ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt

Investigadora: Maria Margarida Ferreira Dos Santos 8ano.margarida@gmail.com

Responsável pelo Tratamento de Dados: CEU Cooperativa de Ensino Universitário, Rua de Sta. Marta, 56, 1169-023, NIF: 501641238, e-mail: investigacao.privacidade@autonoma.pt

Direitos dos Titulares dos Dados face ao Tratamento ou Transferência dos Dados: Os seus dados não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis. Não serão transferidos para países terceiros. O titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, aceder, retificar, eliminar, bloquear ou pedir a portabilidade dos seus dados e limitar ou opor-se ao tratamento dos dados, devendo para o efeito dirigir-se pessoalmente às instalações da Universidade Autónoma de Lisboa, na Rua de Santa Marta, ou contactar-nos através dos e-mails: ana.m28.gomes@gmail.com ou amgomes@autonoma.pt O Fundamento Jurídico da legitimidade do tratamento é feito por assinatura do Consentimento Informado.

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto na Lei nº 67/98, de 26 de Outubro e no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho. O titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

No momento da aplicação dos questionários às crianças serão explicados os objetivos, características da investigação e procedimentos. Tendo o cuidado de ajustar a explicação, discurso e vocabulário às competências de compreensão dos participantes.

[illegible][illegible]

157

Anexo B.

Questionário Sociodemográfico

Código do Participante _____

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. **Idade:** Coloca um 😊 na tua idade.

6 7 8 9 10 11

2. **Sou:**


Menina ☐


Menino ☐

3. **Ano de Escolaridade:** Pinta a coluna correspondente ao ano em que te encontras.

1º Ano						
2º Ano						
3º Ano						
4º Ano						

4. **Vivo com:** Faz um círculo na opção que aches mais semelhante à tua.



Se viveres com outras pessoas, desenha-as aqui.

5. **Disciplina Preferida:** Rodeia a disciplina de que gostas mais.

Matemática

Língua Portuguesa

Estudo do Meio

6. **Em que disciplina consideras que és melhor?** Coloca um **X** na disciplina em que obtiveste melhor nota.

<i>Matemática</i>	
<i>Língua Portuguesa</i>	
<i>Estudo do Meio</i>	

Muito Obrigada pela tua colaboração!



Anexo C.

Questionário “Exclusão Social e Violência Escolar” (QEVE)

Número de código: ____

QEVE
(ADAPTADO DE DIAZ-AGUADO, 2004, POR M.J.D.MARTINS)

A – Em seguida, encontrarás uma série de perguntas sobre como te sentes em vários lugares e sobre como te sentes nas relações com os outros. Lê cada um dos itens e pontua-os de 1 a 7, rodeando com um círculo o número correspondente, tendo em conta que o 7 reflete que te sentes muito bem e que 1 reflete que te sentes muito mal. Este questionário é anónimo.

Assinala de 1 a 7 como vais ou como te sentes: 1: Muito mal 7: Muito bem

- | | | | | | | | | |
|-----|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Em casa..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | Com o teu pai..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | Com a tua mãe..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | Na escola, em geral..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. | Na tua turma..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. | Com os(as) professores(as)..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. | Com o que aprendes na escola..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. | Com os teus amigos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. | Com os teus colegas..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. | Com os tempos livres..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. | Contigo mesmo..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. | Com o teu futuro..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

B – De seguida, encontrarás uma série de perguntas que descrevem algumas situações sofridas por alguns rapazes e raparigas nas relações com os seus colegas e que ocorrem nas escolas. Se já sofreste alguma das situações descritas rodeia com um círculo a resposta que reflete a frequência com que isso aconteceu na escola durante os últimos dois meses, tendo em conta que o 1 equivale a que isso nunca se passou contigo, o 2 que aconteceu contigo algumas vezes, o 3 que aconteceu contigo muitas vezes, e o 4 que te acontece quase sempre.

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
13. Os meus colegas ignoram-me.....	1	2	3	4
14. Os meus colegas impedem-me de participar nas suas atividades.....	1	2	3	4
15. Os meus colegas falam mal de mim.....	1	2	3	4
16. Os meus colegas rejeitam-me.....	1	2	3	4
17. Os meus colegas insultam-me e gozam-me.....	1	2	3	4
18. Os meus colegas chamam-me nomes que me ofendem e ridicularizam.....	1	2	3	4
19. Os meus colegas escondem-me coisas.....	1	2	3	4
20. Os meus colegas estragam-me coisas.....	1	2	3	4
21. Os meus colegas roubam-me coisas.....	1	2	3	4
22. Os meus colegas batem-me.....	1	2	3	4
23. Os meus colegas ameaçam-me para me meter medo.....	1	2	3	4
24. Os meus colegas obrigam-me a fazer coisas que não quero com ameaças (trazer e dar-lhes dinheiro, fazer-lhes tarefas, dar-lhes as minhas coisas).....	1	2	3	4
25. Os meus colegas intimidam-me com frases ou insultos de carácter sexual.....	1	2	3	4
26. Os meus colegas, obrigam-me, através de ameaças, a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a minha vontade.....	1	2	3	4
27. Os meus colegas ameaçam-me com armas (facas, bastões, ...).....	1	2	3	4

C – Durante os últimos dois meses alguma vez participaste, na escola, nas situações que a seguir se descrevem aborrecendo um(a) ou mais colegas na escola?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
28. Ignorei um(a) colega.....	1	2	3	4
29. Impedi um(a) colega de participar nas minhas atividades.....	1	2	3	4
30. Falei mal de um(a) colega.....	1	2	3	4
31. Rejeitei um(a) colega.....	1	2	3	4
32. Insultei e/ou gozei um(a) colega.....	1	2	3	4
33. Chamei nomes que ofendem e ridicularizam a um(a) colega.....	1	2	3	4
34. Escondi as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
35. Estraguei as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
36. Roubei as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
37. Bati num(a) colega.....	1	2	3	4
38. Ameacei um(a) colega, para lhe meter medo.....	1	2	3	4
39. Obriguei, através de ameaças um(a) colega a fazer coisas que não quer (trazer e dar-me dinheiro, fazer-me tarefas, dar-me as suas coisas).....	1	2	3	4
40. Intimidei um(a) colega com frases ou insultos de carácter sexual.....	1	2	3	4
41. Obriguei um(a) colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a sua vontade.....	1	2	3	4
42. Ameacei um(a) colega com armas (facas, bastões, ...). ..	1	2	3	4

D – Durante os últimos dois meses observaste, na escola, um(a) ou mais colegas nas situações que a seguir se descrevem, sem que nada tenhas feito para as provocar nem para as evitar?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
43. Ignorarem um(a) colega.....	1	2	3	4
44. Um(a) colega ser impedido de participar em atividades.....	1	2	3	4
45. Falarem mal de um(a) colega.....	1	2	3	4
46. Rejeitarem um(a) colega.....	1	2	3	4
47. Insultarem e gozarem um(a) colega.....	1	2	3	4
48. Chamarem nomes que ofendem e ridicularizam a um(a) colega.....	1	2	3	4
49. Esconderem as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
50. Estragarem as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
51. Roubarem as coisas de um(a) colega.....	1	2	3	4
52. Baterem num(a) colega.....	1	2	3	4
53. Ameaçarem um(a) colega, para lhe meter medo.....	1	2	3	4
54. Obrigarem com ameaças um(a) colega a fazer coisas que não quer (trazer e dar dinheiro, fazer tarefas, dar as suas coisas).....	1	2	3	4
55. Intimidarem um(a) colega com frases ou insultos de carácter sexual.....	1	2	3	4
56. Obrigarem um(a) colega a ter comportamentos ou a participar em situações de carácter sexual, contra a sua vontade.....	1	2	3	4
57. Ameaçarem um(a) colega com armas (facas, bastões, ...).	1	2	3	4

E – Quando os problemas anteriormente descritos acontecem contigo ou com algum dos teus ou das tuas colegas, quem são as pessoas que intervêm para ajudar e até que ponto o fazem – ou a quem pedirias ajuda para que interviesse?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
58. Os amigos ou amigas.....	1	2	3	4
59. Ao colegas.....	1	2	3	4
60. O diretor de turma.....	1	2	3	4
61. Os professores.....	1	2	3	4
62. O conselho diretivo (Direção).....	1	2	3	4
63. O meu pai.....	1	2	3	4
64. A minha mãe.....	1	2	3	4
65. Outra pessoa.....	1	2	3	4
Quem? _____				

F _ Durante os últimos dois meses qual tem sido a atitude ou o comportamento dos professores perante os problemas anteriormente referidos?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
66. Tentam activamente prevenir esses problemas...	1	2	3	4
67. Nem se dão conta.....	1	2	3	4
68. Não querem saber, olham para o outro lado.....	1	2	3	4
69. Não sabem impedi-los.....	1	2	3	4
70. Intervêm activamente para resolver esses Problemas.....	1	2	3	4
71. Atuam como mediadores para ajudar-nos a resolver o problema.....	1	2	3	4
72. Podemos contar com um professor (a) quando Alguém tenta abusar.....	1	2	3	4

G – Durante os dois últimos meses qual tem sido a tua atitude ou comportamento quando algum dos teus colegas agride ou se mete com algum(a) outro(a) colega?

	Nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
73. Tento resolver a situação se é um amigo meu.....	1	2	3	4
74. Tento resolver a situação embora não seja meu amigo.....	1	2	3	4
75. Peço ajuda a um professor.....	1	2	3	4
76. Peço ajuda a outra pessoa.....	1	2	3	4
A quem? _____				
77. Não faço nada, embora pense que deva fazê-lo.....	1	2	3	4
78. Não faço nada, o problema não é meu.....	1	2	3	4
79. Meto-me com ele, juntamente com o resto do grupo.....	1	2	3	4

Anexo D.

Questionário “Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh” (PSQI)

Código do Participante _____

PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)

[ÍNDICE DE QUALIDADE DE SONO DE PITTSBURGH]

As questões a seguir, são referentes aos hábitos de sono apenas durante o mês passado. As suas respostas devem indicar o mais corretamente possível o que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda a todas as questões que se seguem, não deixe nenhuma questão em branco.

- 1. Durante o mês passado, a que horas se deitou à noite, na maioria das vezes?**

HORÁRIO DE DEITAR: _____

- 2. Durante o mês passado, quanto tempo (minutos) demorou para adormecer, na maioria das vezes?**

QUANTOS MINUTOS DEMOROU A ADORMECER: _____

- 3. Durante o mês passado, a que acordou de manhã, na maioria das vezes?**

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

- 4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite dormiu?**

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o mês passado, quantas vezes teve problemas para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para adormecer:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

c) Levantar-se para ir à casa de banho:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

e) Tossir ou roncar muito alto:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

f) Sentir muito frio:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

g) Sentir muito calor:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

h) Ter sonhos maus ou pesadelos:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

i) Sentir dores:

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

j) **Outra razão, por favor, descreva:** _____

Quantas vezes teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

6. Durante o mês passado, como classificaria a Qualidade do seu Sono?

- ☐ Muito boa
- ☐ Boa
- ☐ Má
- ☐ Muito má

7. Durante o mês passado, tomou alguma medicação para dormir, prescrita pelo médico, ou indicada por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta? Qual (is)? _____

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

8. Durante o mês passado, se teve problemas para ficar acordado enquanto estava a conduzir, a fazer as suas refeições ou a participar noutra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

- ☐ Nenhuma vez
- ☐ Menos de uma vez por semana
- ☐ Uma a duas vezes por semana
- ☐ Três vezes por semana ou mais

9. Durante o mês passado, sentiu alguma indisposição ou falta de entusiasmo para realizar as suas atividades diárias?

- ☐ Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo
- ☐ Indisposição e falta de entusiasmo pequenas
- ☐ Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
- ☐ Muita indisposição e falta de entusiasmo

Muito Obrigada pela tua colaboração!



Anexo E.

“Mini Classificação do Desempenho Escolar para professores”

Código do Participante _____

MINI CLASSIFICAÇÃO SOBRE O DESEMPENHO ACADÊMICO

1. **Que notas foram obtidas no 1º Período?** Coloque um **X** nas notas que foram obtidas em cada disciplina.

	<i>Não Satisfaz</i>	<i>Satisfaz</i>	<i>Bom</i>	<i>Muito Bom</i>	<i>Excelente</i>
<i>Matemática</i>					
<i>Língua Portuguesa</i>					
<i>Estudo do Meio</i>					

A criança possui alguma dificuldade, alguma psicopatologia ou deficiência?

Muito Obrigada pela sua colaboração!

