

# Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes no Rio Grande Do Sul, BRASIL

## SANDRO BATISTA DE AGUIAR

Mestre em Inclusão Social e Acessibilidade. Coordenador Acadêmico, Escola Superior de Hotelaria Castelli, Canela, RS, Brasil.  
Contato: pinhoaguiar@terra.com.br

## JOÃO CARLOS JACCOTTET PICCOLI

Ph.D. em Educação Física. Docente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social e Curso de Educação Física, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Brasil. (contato principal).  
Contato: joaopiccoli@feevale.br

## ALEXANDRE LUIS DA SILVA RITTER

Doutor em Ciências do Movimento Humano. Secretaria Municipal de Esportes, Recreação e Lazer, Prefeitura de Porto Alegre, Brasil.  
Contato: alexandre Luisritter@gmail.com

## DANIELA MÜLLER DE QUEVEDO

Doutora em Recursos Hídricos e Saneamento Ambiental. Docente do Programa de Pós-Graduação em Qualidade Ambiental, Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Brasil.  
Contato: danielamq@feevale.br

Recibido: 21.03.2014  
Aprobado: 15.09.2014

**Resumo:** Este estudo descritivo, de corte transversal, verificou a QVRS percebida por 376 alunos de 14 a 16 anos estratificados por idade, sexo e rede de ensino, de Gravataí, RS, Brasil, através do Kidscreen-52. Os dados demonstraram que aqueles que se encontravam insatisfeitos com a sua QVRS se enquadraram no 2º quartil (1%), isto é, abaixo dos 50% da amostra; 42% se enquadraram no 3º quartil e 57% no quarto, apontando percepção muito satisfatória de QVRS. Constatou-se uma tendência de as meninas apresentarem escores superiores aos meninos nestas três últimas dimensões. Concluiu-se que a amostra investigada possui percepção muito satisfatória de QVRS.

Palavras chave: Qualidade de vida. Saúde. Adolescentes. Percepção.

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN ADOLESCENTES DE RIO GRANDE DEL SUL, BRASIL

**Resumen:** Este estudio descriptivo, de corte transversal investigó la CVRS percibida por 376 alumnos de 14 a 16 años, estratificados por edad, sexo y red de enseñanza de Gravataí, Brasil, mediante el cuestionario Kidscreen-52. Los datos mostraron que aquellos que estaban insatisfechos con su CVRS se encuadraron en el segundo cuartil (1%), esto es, abajo del 50% de la muestra; el 42% se encuadraron en el tercer cuartil, y 57% en el cuarto, apuntando una percepción muy satisfactoria de CVRS. Se constató una tendencia a que las adolescentes presenten puntuaciones superiores a los adolescentes varones en estas tres últimas dimensiones. Se concluyó que la muestra investigada posee una percepción muy satisfactoria de CVRS.

Palabras clave: Calidad de vida. Salud. Adolescentes. Percepción.



## INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida tem sido motivo de estudos nas últimas décadas do século XX, como também, nesse novo século (THE WHOQOL GROUP, 1995, 1998; FLECK *et al.*, 1999; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Parte-se do pressuposto de que se trata de um construto multidimensional que se aplica em indivíduos de todas as faixas etárias e culturas.

A qualidade de vida relaciona-se a todos os aspectos do bem-estar das pessoas, isto é, físico, psicológico, social e ambiental (GASPAR; MATOS, 2008). Trata-se de um conceito mais abrangente, holístico, do que saúde, que está incluída em sua complexidade. Segundo Wallander e Schmitt (2001), é a articulação entre a percepção do bem-estar objetivo e do bem estar subjetivo em diversos domínios da vida, considerados importantes num determinado tempo e cultura.

O termo qualidade de vida é mais conhecido pelo conceito proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK *et al.*, 1999).

Considerando-se a denominação qualidade de vida, observam-se duas tendências sobre o seu conceito: qualidade de vida com um entendimento mais genérico e qualidade de vida relacionada à saúde. No primeiro caso, ela tem uma aceção mais ampla, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, sem fazer referência a disfunções ou agravos. Ilustra com excelência essa conceituação a que foi adotada pela OMS, em seu estudo multicêntrico que teve por objetivo principal elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida em uma perspectiva internacional e transcultural. Um aspecto importante que caracteriza estudos que partem de uma definição genérica do termo é que as amostras estudadas incluem pessoas saudáveis da população, nunca se restringindo às amostras de pessoas portadoras de agravos específicos.

Uma segunda denominação mais específica, que seria a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), tem em seu conceito indicadores

que direcionam a saúde percebida, englobando componentes do bem-estar e funções físicas, emocionais, mentais, sociais e comportamentais, percebidos pelo próprio indivíduo e pelos outros (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2005).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de adolescentes, sobre o seu bem-estar, a sua percepção e o seu comportamento, ainda se encontra em estágio embrionário. Como uma das principais metas da saúde pública é a monitoração do estado de saúde de uma comunidade, foi desenvolvido o KIDSCREEN-52, instrumento transcultural europeu que mede a qualidade de vida de adolescentes por meio de suas dez dimensões: atividades físicas e saúde, sentimentos, humor geral, sobre você mesmo, tempo livre, família e vida em casa, assuntos de dinheiro, amigos, escola e aprendizagem, e *bullying* (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2005).

A abordagem multidimensional desse instrumento possibilita informações sobre diferentes aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde que serviram na identificação de fatores de risco que comprometem o bem-estar de adolescentes, como também, na prevenção de seus fatores negativos. Assim, conduzir uma investigação que avalie essa perspectiva é a motivação que sustenta a realização do presente estudo.

Gravataí é um município da região metropolitana de Porto Alegre, com área territorial de 463,5 km<sup>2</sup> e uma população constituída por 255.660 habitantes, correspondendo a 2,39% da população do Estado do Rio Grande do Sul em 2010. A população total de adolescentes com idade entre 10 anos a 19 anos, conforme Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e estatística-IBGE (BRASIL, 2010) é de 43.706 sujeitos, sendo que 22.191 (8,7%) são do sexo masculino e 21.515 (8,4%) do sexo feminino. Gravataí vem se destacando pelo forte polo industrial, onde se salienta o complexo automotivo General Motors do Brasil, indústria que alavancou a economia da cidade, contribuindo para o desenvolvimento geral da população.

Justifica-se, a presente investigação, pelo fato de ser um dos primeiros estudos realizados no território brasileiro, após a validação do KIDSREEN-52 (RITTER *et al.*, 2008; GUEDES; GUEDES, 2011) que avalia a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de crianças e



adolescentes; a necessidade de se oferecer à cidade de Gravataí um estudo que contribua para um melhor entendimento da qualidade de vida relacionada à saúde de seus adolescentes, inclusive contribuindo com os gestores públicos e privados e profissionais da saúde e educação que lidam com a adolescência. Assim, o presente estudo teve por objetivo verificar como adolescentes de 14 a 16 anos, matriculados na rede pública e privada do município de Gravataí, RS, percebem a sua qualidade de vida relacionada à saúde.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo descritivo, de corte transversal, baseou-se em uma população-alvo constituída por 4986 alunos na faixa etária de 14 a 16 anos, matriculados em escolas das redes de ensino privado e público (estadual e municipal), em 2010, na zona urbana da cidade de Gravataí, RS.

Primeiramente, verificou-se o número total de sujeitos em cada escola selecionada, separada por rede de ensino e, posteriormente, fez-se a estratificação da amostra por conveniência, segundo a rede de ensino, o sexo e a idade da população-alvo do estudo, perfazendo um total de 376 casos (Tabela 1).

A amostra foi finalmente composta após terem os pais ou responsáveis pela guarda do menor sido esclarecidos e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para menores de idade. Foram excluídos do estudo os alunos cujas idades fossem inferior a 12 anos e superior a 17 anos e aqueles que não retornaram o TCLE para menores assinado.

Tabela 1: Distribuição da amostra estratificada por rede de ensino, sexos e faixa etária da população-alvo do estudo (n=376).

Idade	Rede Municipal		Rede Estadual		Rede Particular		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
14	18	22	10	11	11	12	84
15	35	48	15	13	9	11	131
16	48	61	14	14	14	10	161
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>131</b>	<b>39</b>	<b>38</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>376</b>

Fonte: Elaboração própria (2011).

A presente investigação utilizou o Kidscreen-52, instrumento transcultural europeu, composto por 52 itens de autoperenchimento, desenvolvido pelo Grupo Europeu KIDSCREEN (RAVENS-SIEBERER *et al.*, 2005) e validado e adaptado culturalmente ao português brasileiro por Ritter *et al.* (2008) e Guedes e Guedes (2011) que mede a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) de crianças e adolescentes dos 8 aos 18 anos, através de suas dez dimensões: atividades físicas e saúde, sentimentos, humor geral, sobre você mesmo, tempo livre, família e vida em casa, assuntos de dinheiro, amigos, escola e aprendizagem, e bullying. Tais dimensões são assim caracterizadas:

a) **Atividades físicas e saúde (D1)**: explora o nível de atividade física e aptidão física, avaliado conforme a prática seja na escola ou em torno da moradia; b) **Sentimentos (D2)**: avalia o bem-estar psicológico, incluindo emoções positivas e satisfação com a vida; c) **Humor geral (D3)**: abrange o quanto são vivenciados sentimentos e emoções depressivas e estressantes; d) **Sobre você mesmo (D4)**: explora a percepção que se tem de si próprio, incluindo se a aparência do corpo pode ser percebida positiva ou negativamente; e) **Tempo livre (D5)**: incide sobre a oportunidade dada para criar e gerir o tempo social e de lazer; avalia a autonomia e o desenvolvimento, fatores importantes para a definição da identidade; se refere a capacidade da tomada de decisões, independência e autossuficiência, elementos importantes para moldar as decisões a serem tomadas no dia a dia; f) **Família e vida em casa (D6)**: avalia a relação com os pais e o ambiente em casa, também explora a qualidade das interações entre o adolescente e os pais ou cuidadores e os sentimentos da criança para com os mesmos; g) **Assuntos de dinheiro (D7)**: busca o entendimento sobre a qualidade dos recursos financeiros, quer dimensionar o sentimento que o poder aquisitivo da família permite adotar um estilo de vida comprável aos amigos e se permite realizar atividades em conjunto com o grupo no qual está inserido; h) **Amigos (D8)**: examina as relações sociais e o apoio dos amigos; essa dimensão explora a qualidade de integração no grupo, bem como a aceitação e qual a facilidade em manter e fazer novos amigos; i) **Escola e aprendizagem (D9)**: explora a percepção da



capacidade cognitiva para aprender, concentrar-se, e os sentimentos relativos à escola, incluindo o relacionamento com os professores e se os mesmos de um jeito ou outro os pressionam; e j) **Bullying (D10)**: se refere aos sentimentos de negação pelos colegas na escola. Investiga o sentimento de ser rejeitado por outros, bem como a ansiedade causada pelos grupos próximos.

Para se avaliar os domínios do Kidscreen-52, utilizou-se a seguinte metodologia:

a) as questões 1.1, 3.1 a 3.7 e 10.1 a 10.3 tiveram a sua pontuação invertida (1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2 e 5 = 1), pois a escala é inversa;

b) as questões 1.2 a 1.5, 2.1 a 2.6, 4.1 a 4.5, 5.1 a 5.5, 6.1 a 6.6, 7.1 a 7.3, 8.1 a 8.6 e 9.1 a 9.6 mantiveram a sua pontuação original;

c) foi criada uma variável com a soma das pontuações em cada questão, para cada participante, considerado como o Escore Total (ET) do Kidscreen-52. A maior soma possível de todas as pontuações era 260;

d) o escore total foi transformado para uma pontuação proporcional, sendo 260 igual a 100:

$$ET\% = \frac{ET \times 100}{260}$$

e) foram criadas outras dez variáveis, de acordo com o número de domínios do Kidscreen-52, que era a soma das pontuações em cada questão para cada participante dentro de cada domínio. Essas dez variáveis foram convertidas proporcionalmente igualmente ao descrito no item "d".

O estudo teve a aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil, protocolado sob nº. 4.09.02.10.1833.

Os escores obtidos em cada um dos dez domínios e escore total do instrumento utilizado foram, primeiramente, distribuídos em quatro grupos delimitados pelos quartis Q1 (até 25%), Q2 (entre 25,1% e 50%, Q3 (entre 50,1% e 75%) e Q4 (acima de 75%). Cada um destes grupos foi descrito e analisado através da média e desvio-padrão.

As variáveis do estudo foram comparadas considerando os estratos rede e sexo por meio dos testes não paramétricos de Kruskal-Wallis, seguido do Post-Hoc de Dunn, e o teste de Mann-Whitney. Para se testar a normalidade dos dados, foi utilizado o teste de Kolmogorov Smirnov. Os testes foram realizados a partir do pacote estatístico SPSS, versão 16.0, considerando o nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A amostra correspondeu a um total de 376 alunos matriculados nas redes escolares públicas e privadas do município de Gravataí, RS. Deste total, 202 casos (53,7%) eram do sexo feminino e 174 (46,3%) do sexo masculino. Tendo como foco a faixa etária, participaram alunos com 14 anos (n=84, 22,3%), com 15 anos (n=131, 34,8%) e com 16 anos (n= 161, 42,8%). A rede municipal colaborou com 232 sujeitos (61,7%), estadual com 77 sujeitos (20,5%) e a particular com 67 sujeitos (17,8%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das frequências absolutas e relativas dos participantes do estudo, separados por rede de ensino, faixa etária e sexos (n=376).

REDE	IDADE	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
MUNICIPAL (n=232)	14	18	4,78	22	5,85	40	10,63
	15	35	9,30	48	12,76	83	22,06
	16	48	12,76	61	16,22	109	28,98
ESTADUAL (n=77)	14	10	2,65	11	2,92	21	5,58
	15	15	3,98	13	3,45	28	7,43
	16	14	3,72	14	3,72	28	7,44
PARTICULAR (n=67)	14	11	2,92	12	3,19	23	6,11
	15	9	2,39	11	2,92	20	5,31
	16	14	3,72	10	2,67	24	6,37
<b>TOTAL</b>		174	46,2	202	53,7	376	100,00



Na Tabela 3 que se refere às dimensões separadas por quartil, observa-se que, de modo geral, os adolescentes pesquisados demonstraram estarem satisfeitos com a sua qualidade de vida relacionada à saúde, já que as pontuações médias obtidas nas dez dimensões do teste se encontram no quartil superior (Q3), isto é, acima de 50,01 pontos. Entretanto, nas dimensões Tempo Livre (D5), Assuntos de Dinheiro, mais especificamente, na questão que se refere a possuir ou não dinheiro suficiente para realizar as mesmas coisas que os amigos (D7) e Amigos (D8). Considerando-se as dimensões D5, D7 e D8, estas são as únicas que apresentam indivíduos com escores no quartil inferior Q1, e também apresentam maior frequência no quartil Q2, em comparação as outras dimensões.

As dimensões separadas por idades e quartis na Tabela 4 demonstram que 11 (2,9%) alunos (n=376) apresentaram escores no teste que os classificaram no quartil inferior (Q1): 7 alunos (4%) de 16 anos (n=161), 3 (2%) de 15 anos (n=131) e um (1%) de 14 anos (n=84). Fica evidente que as questões econômicas apresentadas na dimensão 7 (D7), Assuntos de Dinheiro, são relevantes e aparecem como a principal causa de uma percepção de baixa qualidade de vida de nove adolescentes. No geral, 42% encontram-se no quartil 3 (Q3) e 57% último quartil (Q4), demonstrando que 99% dos sujeitos de 14 a 16 anos avaliados classificaram-se no quartil superior (Q3 e Q4), acima da mediana, e demonstraram estar satisfeitos com suas qualidades de vida relacionada à saúde.

Tabela 3: Distribuição das frequências absolutas, médias e desvios padrão da amostra nas dimensões separadas por quartil (n=376).

Dimensões	Q1			Q2			Q3			Q4		
	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP
Ativ. Fís. e saúde (D1)	-	-	-	32	45,0	3,8	188	63,7	6,8	156	84,6	6,8
Sentimentos (D2)	-	-	-	9	45,5	3,3	107	65,7	6,6	260	87,1	7,2
Humor geral (D3)	-	-	-	20	41,5	6,1	135	66,3	6,4	221	86,5	6,7
Sobre você mesmo (D4)	-	-	-	11	46,1	2,7	270	64,6	5,8	95	80,1	4,6
Tempo livre (D5)	1	24,0	-	38	41,8	6,7	131	63,3	6,5	206	88,0	7,8
Família e vida em família (D6)	-	-	-	42	42,8	6,4	112	65,1	6,1	222	88,0	7,6
Assuntos de dinheiro (D7)	9	20,0	0,00	50	40,2	6,4	142	64,3	6,6	175	91,2	7,8
Amigos (D8)	1	20,0	-	34	43,4	7,3	93	66,2	6,3	248	88,0	7,3
Escola e aprendizagem (D9)	-	-	-	21	44,4	5,9	198	65,3	6,3	157	84,3	7,1
Bullying (D10)	-	-	-	2	43,3	4,7	47	66,9	7,2	327	95,6	6,0
Geral	-	-	-	2	48,8	1,1	157	67,5	5,9	217	81,9	4,8





Tabela 4: Distribuição das frequências, médias e desvios padrão dos sujeitos separados por idades e quartis nas dimensões avaliadas (n=376).

Primeira parte

Dimensões	Idades	Q1			Q2			Q3			Q4		
		n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP
<b>Atividades físicas e saúde (D1)</b>	14	-	-	-	6	46,7	2,1	36	65,2	6,7	42	85,4	6,6
	15	-	-	-	9	46,2	2,1	69	63,5	6,6	53	83,2	6,2
	16	-	-	-	17	43,8	4,6	83	63,4	7,2	61	85,3	7,4
<b>Sentimentos (D2)</b>	14	-	-	-	4	45,0	3,3	17	65,0	6,1	63	87,0	7,8
	15	-	-	-	2	46,7	4,7	47	64,8	6,9	82	87,6	6,5
	16	-	-	-	3	45,6	3,8	43	67,2	6,5	11	86,9	7,4
<b>Humor geral (D3)</b>	14	-	-	-	6	45,2	2,8	32	65,7	7,2	46	84,7	6,1
	15	-	-	-	11	40,5	7,1	46	64,8	6,2	74	86,4	6,5
	16	-	-	-	3	38,1	4,4	57	68,0	5,9	10	87,6	7,0
<b>Sobre você mesmo (D4)</b>	14	-	-	-	2	48,0	0,0	60	64,5	5,9	22	78,7	4,0
	15	-	-	-	2	46,0	2,8	93	64,3	6,4	36	81,4	5,0
	16	-	-	-	7	45,7	3,1	11	65,1	5,5	37	80,0	4,4
<b>Tempo livre (D5)</b>	14	-	-	-	5	38,4	9,2	28	63,1	7,3	51	87,5	7,7
	15	-	-	-	16	42,3	6,7	48	63,2	6,2	67	87,4	7,7
	16	1	24,0	-	17	42,6	6,2	55	63,6	6,5	88	88,9	8,1
<b>Família e vida em casa (D6)</b>	14	-	-	-	12	45,3	5,8	27	64,4	6,1	45	89,3	8,1
	15	-	-	-	16	41,9	6,1	36	65,1	5,6	79	87,3	7,0
	16	-	-	-	14	41,9	7,2	49	65,6	6,7	98	88,1	7,9
<b>Assuntos de dinheiro (D7)</b>	14	1	20,0	-	14	38,6	7,9	22	67,2	6,8	47	91,0	7,7
	15	3	20,0	0,0	24	41,1	6,1	53	64,0	7,1	51	89,9	8,0
	16	5	20,0	0,0	12	40,6	5,2	67	63,6	6,2	77	92,4	7,8
<b>Amigos (D8)</b>	14	-	-	-	7	42,9	7,8	20	66,0	7,1	57	88,2	7,4
	15	-	-	-	12	41,7	8,7	34	66,1	6,5	85	87,4	7,0
	16	1	20,0	-	15	45,1	5,9	39	66,4	6,1	10	88,5	7,7
<b>Escola e aprendizagem (D9)</b>	14	-	-	-	6	43,3	8,2	47	63,9	6,2	31	84,4	7,3
	15	-	-	-	8	45,4	4,0	66	66,2	6,2	57	83,3	6,4
	16	-	-	-	7	44,3	6,3	85	65,5	6,4	69	85,1	7,6
<b>Bullying (D10)</b>	14	-	-	-	-	-	-	14	65,2	8,3	70	94,4	6,8
	15	-	-	-	1	40,0	-	19	67,7	7,8	11	95,9	5,7
	16	-	-	-	1	46,7	-	14	67,6	5,1	14	96,1	5,8

Conclusão

Dimensões	Idades	Q1			Q2			Q3			Q4		
		n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP	n	$\bar{X}$	DP
<b>Geral</b>	14	-	-	-	2	48,8	1,1	37	68,5	5,2	45	82,8	4,8
	15	-	-	-	-	-	-	58	66,7	6,3	73	81,3	4,3
	16	-	-	-	-	-	-	62	67,6	6,0	99	82,1	5,1



Na Tabela 5 identificam-se, através dos postos médios do teste Kruskal-Wallis, as diferenças significativas entre as redes municipal, estadual e particular para as seguintes dimensões: Atividades Físicas e Saúde (D1) e Tempo Livre (D5). Para Dimensão 1 (D1) o teste post-hoc de Dunn indicou

diferença significativa entre a rede estadual e particular, de modo que a rede estadual tendeu a apresentar escores superiores. Na Dimensão 5 (D5), utilizando-se o mesmo teste, observou-se uma diferença entre as redes estadual e municipal, onde a estadual tendeu a apresentar escores superiores.

Tabela 5: Distribuição dos postos médios do teste Kruskal-Wallis, do valor de p e do teste post-hoc de Dunn dos resultados do teste Kidscreen separados por dimensões e redes de ensino (n=376).

Dimensões	Postos Médios – Redes			Kruskal-Wallis	p	Post-Hoc Dunn
	Municipal	Estadual	Particular			
Ativ. Fís. e saúde (D1)	198.0 <sup>a</sup>	204.4 <sup>a</sup>	137.2 <sup>b</sup>	18.51	0,000	< 0.05
Sentimentos (D2)	181,2	213,4	185,2	5,21	0,074	
Humor geral (D3)	179,6	213,4	190,7	5,62	0,061	
Sobre você mesmo (D4)	194,4	174,7	183,8	2,10	0,350	
Tempo livre (D5)	179.3 <sup>a</sup>	214.3 <sup>b</sup>	190.5 <sup>ab</sup>	6.05	0.048	< 0.05
Família e vida em família (D6)	181,7	205,1	192,8	2,82	0,245	
Assuntos de dinheiro (D7)	187,6	199,0	179,7	1,18	0,554	
Amigos (D8)	189,7	179,1	195,0	0,85	0,654	
Escola e aprendizagem (D9)	187,4	185,4	196,0	0,41	0,813	
Bullying (D10)	179,4	210,3	194,9	5,73	0,057	
Geral	182,6	209,4	185,0	3,62	0,164	

Fonte: Elaboração própria (2011).

Na Tabela 6, através dos postos médios do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, observam-se diferenças significativas entre as faixas etárias para a Dimensão 9 (D9), Escola e aprendizagem. O teste post-hoc de Dunn indicou diferença significativa entre as idades de 14 anos e 15 anos,

de modo que os alunos de 15 anos tenderam a apresentar escores superiores. Assim, ficou demonstrado que os adolescentes de 15 anos, na Dimensão 9 (escola e aprendizagem), possuíam uma percepção melhor sobre sua qualidade de vida em relação aos de 14 anos.

Tabela 6: Distribuição dos postos médios do teste Kruskal-Wallis, do valor de p e do teste post-hoc de Dunn dos resultados do teste Kidscreen separados por dimensões e idades (n=376).

Dimensões	Postos Médios - Idades			Kruskal-Wallis	p	Post-Hoc Dunn
	14	15	16			
Ativ. Fís. e saúde (D1)	184,3	198,9	182,2	1,86	0,395	
Sentimentos (D2)	178,7	186,7	195,1	1,32	0,517	
Humor geral (D3)	180,8	192,6	189,2	0,62	0,734	
Sobre você mesmo (D4)	189,2	196,3	181,8	1,31	0,520	
Tempo livre (D5)	182,0	196,3	185,5	1,10	0,576	
Família e vida em família (D6)	173,5	193,1	192,6	2,07	0,355	
Assuntos de dinheiro (D7)	179,7	205,0	179,6	4,71	0,095	
Amigos (D8)	171,4	196,5	190,9	2,89	0,236	
Escola e aprendizagem (D9)	159,5 <sup>a</sup>	202,2 <sup>b</sup>	192,5 <sup>ab</sup>	8,34	0,015	< 0.05
Bullying (D10)	186,3	189,2	183,1	0,05	0,974	
Geral	187,6	178,8	196,7	1,96	0,375	

Fonte: Elaboração própria (2011).



Tabela 7: Distribuição dos níveis médios, do teste Mann-Whitney U e do valor de p dos resultados do teste Kidscreen separados por dimensões e sexos (n=376).

Dimensões	Postos Médios		Mann-Whitney U	P
	Masculino	Feminino		
Ativ. Fís. e saúde (D1)	223,09	158,71	11555,500	0,000**
Sentimentos (D2)	209,27	170,61	13960,500	0,001**
Humor geral (D3)	205,37	173,97	14638,500	0,005**
Sobre você mesmo (D4)	171,41	203,22	14600,000	0,004**
Tempo livre (D5)	205,62	173,75	14594,500	0,004**
Família e vida em família (D6)	207,27	172,33	14308,000	0,002**
Assuntos de dinheiro (D7)	201,64	177,18	15287,000	0,029*
Amigos (D8)	180,24	195,61	16137,500	0,170
Escola e aprendizagem (D9)	181,33	194,67	16327,000	0,234
Bullying (D10)	177,70	197,80	15694,500	0,054
Geral	205,07	174,23	14691,500	0,006**

\*  $p \leq 0,05$  \*\*  $p \leq 0,01$

Fonte: Elaboração própria (2011).

A Tabela 7 se refere às dimensões separadas por sexo. Foi possível identificar, através dos postos médios do teste não paramétrico Mann-Whitney, que existem diferenças significativas entre os sexos em relação à percepção geral sobre qualidade de vida relacionada à saúde. Assim, o nível de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos meninos estava superior ao das meninas nas dimensões: D1 - Atividade Física e Saúde ( $p \leq 0,01$ ), D2 - Sentimentos ( $p \leq 0,01$ ), D3 - Humor em Geral ( $p \leq 0,01$ ), D5 - Tempo Livre ( $p \leq 0,01$ ), D6 - Família e Vida em Casa ( $p \leq 0,01$ ), D7 - Assuntos de Dinheiro ( $p \leq 0,05$ ) e pontuação geral do teste ( $p \leq 0,01$ ). Na Dimensão 4 - Sobre você mesmo, as meninas apresentaram escores significativamente superiores ( $p \leq 0,01$ ). Nas dimensões: D8 - Amigos, D9 - Escola e Aprendizagem e D10 - *Bullying* não foram encontradas diferenças significativas. Observou-se, porém, que as meninas tenderam a apresentar postos médios superiores aos dos meninos nessas dimensões, significando que a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde em relação a estas dimensões é superior a dos meninos.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados da pesquisa referentes à percepção sobre a qualidade de vida dos adolescentes demonstram que, no geral, os mesmos consideram possuir uma boa qualidade de vida, dizendo-se satisfeitos com ela. Entretanto,

o mesmo não acontece quando a referência é sobre as dimensões tempo livre (D5) e assuntos de dinheiro (D7) (Tabela 3). Neste particular, os participantes do presente estudo apresentaram uma baixa percepção, possivelmente, por possuírem dinheiro insuficiente para realizar as mesmas coisas que seus amigos. Esse baixo escore na percepção está relacionada, possivelmente, com a própria etapa evolutiva na qual os adolescentes se encontram, caracterizada por um ritmo maior na sua vida, novas responsabilidades e formas de fazer as coisas, impaciência sobre sua independência e advertências constantes de seus responsáveis (UNICEF, 2002).

Quando se analisa a Tabela 5, redes de ensino e postos médios pode-se constatar que nas dimensões, atividades físicas e saúde (D1) e tempo livre (D5), ocorrem diferenças estatísticas significativas. Para a dimensão atividades físicas e saúde (D1) a rede estadual em relação à particular apresenta escores mais altos. Já para a dimensão tempo livre (D5), os adolescentes da rede estadual demonstraram escores mais elevados do que os da rede municipal. Percebe-se que o fato de não se sentir apto para a realização de atividades físicas, não dispor de tempo para escolher o que fazer no seu tempo livre e não poder estar com os amigos, são fatores que contribuem para uma percepção baixa de qualidade de vida para as dimensões anteriormente citadas. Segundo Pires *et al.* (2004) a prática de atividades físicas no período da





adolescência, é importante por vários motivos, dentre eles, os benefícios biológicos, psicológicos (redução da ansiedade, depressão e o aumento da autoestima) e escolares (melhora no desempenho escolar e redução na ausência das aulas).

Na pesquisa de Salgado (2009) que teve o objetivo de relacionar a atividade física e rendimento escolar de adolescentes, foi observada uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre atividade física e desempenho escolar. Assim, o envolvimento em atividades físicas pode resultar na melhoria da memória, já que a prática de tais atividades possibilita o fortalecimento de certas áreas específicas do cérebro (MYERS, 2003), como também, uma maior vascularização e oxigenação do sangue.

A falta de acesso às atividades de lazer e cultura constatada na pesquisa realizada pelo Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF, 2002) indica que os adolescentes brasileiros não têm recursos facilitados que ofereçam atividades físicas e culturais, sendo assim, o pouco envolvimento dos adolescentes nessas práticas, são fatores preponderantes para uma percepção mais baixa sobre sua qualidade de vida.

A relevância do tempo livre como elemento formador do ser humano, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948, reconhece o ócio como fator contribuinte para o desenvolvimento integral da personalidade (UNITED NATIONS, 1948). Conforme Zamora *et al.* (1995), o cultivo do tempo livre cumpre inúmeras funções nas quais se destacam: o estabelecimento de relações, construção da independência emocional, adoção de escala de valores que permite a integração na comunidade e preparação para o desempenho das funções sociais. Ressalta-se que ao tempo livre é conferida a sensação de liberdade e ganhos pessoais através de atividades prazerosas da escolha do indivíduo e flexíveis por natureza. Sendo assim, o uso que o adolescente faz do seu tempo livre gera consequências positivas para o seu desenvolvimento integral, salientando que as atividades de lazer agem como um facilitador para o seu desenvolvimento.

Observando-se a tabela 6 (idades e postos médios), constata-se diferenças entre as idades para a dimensão 9, escola e aprendizagem, na qual os adolescentes de 15 anos demonstraram apresentar escores mais elevados que os demais.

Nesta dimensão ficou evidenciado que os mesmos se sentiam felizes na escola, que estavam satisfeitos e se relacionavam bem com seus professores, conseguindo, assim, um aprendizado melhor do que os participantes de 14 e 16 anos.

A pesquisa realizada por Salgado (2009), na qual uma das variáveis do estudo era a relação entre atividade física e escola, concluiu que alunos ativos estavam mais dispostos para a aprendizagem, assim, possivelmente, por apresentarem estas características, compreendiam a importância do saber formal e correlacionam-se melhor nos aspectos cognitivos, sociais e psicológicos no ambiente escolar.

Em estudo realizado por Gordia *et al.* (2009), analisando adolescentes através das variáveis sócio demográficas, foi constatado que adolescentes de 15 anos possuíam uma percepção de qualidade de vida superior aos de outras idades que participavam do estudo.

Na Tabela 7, em que são apresentados os postos médios das dimensões separadas por sexos, os adolescentes do sexo masculino no geral apresentaram valores superiores comparativamente aos das meninas sobre sua QVRS. Dentre as dez dimensões, ocorreram diferenças significativas a favor dos meninos em seis dimensões e em uma dimensão em favor das meninas. Três dimensões não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. O estudo de Gaspar *et al.* (2006), comparando os meninos com as meninas quanto às percepções de qualidade de vida relacionada à saúde, constatou diferenças na maioria das dimensões, sendo que no geral os meninos apresentaram escores médios superiores comparativamente ao das meninas.

Na pesquisa realizada por Strelhow, Bueno e Câmara (2010) sobre a percepção de saúde e satisfação com a vida de adolescentes, foi revelado que os meninos apresentavam percepção de QV significativamente mais positiva, enquanto as meninas demonstravam, com maior frequência, emoções negativas. Essa melhor percepção dos meninos sobre a sua QVRS, provavelmente, se deve a fatores socioculturais, já que desde cedo o menino é estimulado para atividades laborais e de intensidade mais vigorosa, entretanto, as meninas são direcionadas para o cuidado com a família.

Com base no estudo de Gordia *et al.* (2009) que analisou a associação do Nível de Atividade



Física (NAF), consumo de álcool, Índice de Massa Corporal (IMC) e variáveis sociodemográficas com o domínio físico da Qualidade de Vida (QV) de adolescentes, os resultados descritivos do domínio físico da QV (WHOQOL-Bref) indicaram escore médio alto, demonstrando que este domínio se apresentou como aspecto positivo da QV dos jovens pesquisados. Tal fato pode ser explicado pelas facetas que englobam este domínio (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho), tendo em vista que adolescentes, em geral, são saudáveis e não apresentam limitações físicas. Vilela *et al.* (2007) e Izutsu *et al.* (2006), também, reportam que o domínio físico é um forte contribuinte para QV positiva entre jovens.

Ao se examinar neste estudo a distribuição dos adolescentes em relação ao domínio físico, após estratificação por variáveis sociodemográficas, pôde ser constatado que os adolescentes do sexo masculino apresentaram QV melhor quando comparados com o sexo feminino. Este fato pode estar relacionado a diferenças nas condições de vida ou a diferenças na percepção da QV.

No entanto, tendo em vista que outros estudos, realizados com jovens e adultos, também, vêm observando que homens possuem QV melhor do que mulheres (CUCCHIARO; DALGALARRONDO, 2007), pode-se supor que a principal diferença na avaliação da QV esteja na maior exigência dos adolescentes do sexo feminino em relação à percepção da QV, ou seja, rapazes e moças podem ter condições de vida semelhantes, porém, formas diferentes para analisar e ponderar diversos aspectos de sua vida.

Gordia *et al.* (2009) ponderou que uma das limitações do estudo era a dificuldade de se mensurar a QV e o fato de que a atividade física ter sido avaliada por meio de um questionário, ao invés de métodos diretos como, por exemplo, acelerômetros. Desta forma, pode ter ocorrido subestimação ou superestimação do nível de atividade física dos adolescentes investigados. Por outro lado, a utilização de questionários, no caso o IPAQ, são instrumentos utilizados em grandes amostras pelo seu baixo custo e rapidez na obtenção dos dados. Além disso, o IPAQ é utilizado internacionalmente para avaliar a atividade física, e tem vantagens em comparação

a outros instrumentos, principalmente no que se refere à possibilidade de comparação com outras pesquisas.

## CONCLUSÃO

O presente estudo denotou que a qualidade de vida relacionada à saúde percebida pelos adolescentes da cidade estudada era de boa qualidade de uma forma geral. Especificamente, quando se trata das dimensões tempo livre (D5), assuntos de dinheiro (D7) e amigos (D8), os adolescentes apresentaram certo desconforto no estudo, demonstrando menor qualidade de vida nesses quesitos.

Quando se comparou os adolescentes das redes de ensino, pode-se observar que a rede municipal obteve escores superiores que as demais, entretanto, ocorreram diferenças significativas entre eles, nas dimensões atividades físicas (D1) e tempo livre (D5). Percebe-se que o fato de o adolescente não se sentir apto para realização de atividades físicas e não dispor de tempo para estar com seus amigos são fatores importantes para a baixa percepção de qualidade de vida relacionada à saúde.

Em relação às idades pesquisadas, os adolescentes de 15 anos demonstraram-se mais satisfeitos com sua QVRS do que os de 14 e 16 anos, principalmente quando se tratava da dimensão escola e aprendizagem (D9), ficando evidente que os mesmos sentiam-se mais felizes e se relacionavam bem com seus colegas e professores. Já, quando comparados os sexos, o resultado foi a favor dos adolescentes do sexo masculino, isto é, eles possuíam uma percepção de QVRS geral melhor do que as meninas. Essa percepção deve-se, provavelmente, a fatores socioculturais, já que, desde cedo, o menino é estimulado para atividades laborais e de intensidade mais vigorosa e as meninas são direcionadas para o cuidado com a família.

Recomenda-se que as necessidades dos adolescentes encontradas no resultado do estudo, atividades físicas e saúde (D1), tempo livre (D5) e amigos (D8), ocupem um lugar prioritário na formulação de novas políticas educacionais de Gravataí, RS, e que as mesmas tornem-se importantes na resignificação de novos conceitos da educação. Reiteram-se novas pesquisas a fim de oferecer subsídios que contribuam para um melhor entendimento da qualidade de vida relacionada à saúde na adolescência.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Deográfico 2010**: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)> Acesso em: 9 abr. 2013.

CUCCHIARO, Giulietta; DALGALARRONDO, Paulo. Saúde mental e qualidade de vida em adolescentes: um estudo entre escolares em duas áreas urbanas contrastantes. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 213-221, 2007.

FLECK, Marcelo P. A. *et al.* Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p. 19-28, 1999.

UNICEF. **Relatório da situação da adolescência brasileira**. Brasília, 2000.

GASPAR, Tania; MATOS, Margarida G. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes**: versão portuguesa do instrumento Kidscreen-52. Portugal: Aventura social e saúde, 2008.

GASPAR, Tania *et al.* Avaliação da percepção da qualidade de vida e bem estar em crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 491-500, dez. 2006.

GORDIA, Alex P. *et al.* Nível de atividade física em adolescente. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, v. 10, n.1, p.172-179, 2009.

GUEDES, Dartagnan P.; GUEDES, Joana E. P. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the KIDSCREEN-52 for the Brazilian population. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 364-371, 2001.

IZUTSU, Takashi *et al.* Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: comparison between an urban slum

and a non-slum area. **Soc Sci Med**, v. 63, n. 6, p. 1477-1488, 2006.

KLUTHCOVSKY, Ana Claudia G. C.; TAKAYANAGUI, Angela Maria M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p.13-15, jan./jun. 2007.

UNITED NATIONS – UN. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Resolução 217 A(III). 10 dez. 1948. Disponível em: <<http://www.un.org/en/documents/udhr/>> Acesso em: 3 ago. 2011.

PIRES, Edna Aparecida G. *et al.* Hábitos de atividades físicas e o estresse em adolescentes de Florianópolis, SC, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 51-56, 2004.

MYERS, Jonathan. Exercise and cardiovascular health circulation. **Circulation**, v. 107, p. e2-e5, 2003. Disponível em: <<http://circ.ahajournals.org/content/107/1/e2.full.pdf+html>> Acesso em: 3 ago. 2011.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike *et al.* KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Expert Rev. of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-364, 2005.

RITTER, Alexandre *et al.* **Qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes**: versão para o português brasileiro do KIDSCREEN-52. Projeto de validação do Kidscreen-52. Não publicado. Porto Alegre, 2008.

SALGADO, Margarida G. G. **Relação entre atividade física e rendimento escolar em crianças e adolescentes**. 2009. 80f. Dissertação - (Curso de Mestrado em Actividade Física e Saúde) Faculdade de Desporto, Universidade do Porto. Porto, Portugal. Disponível em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19076/2/9203.pdf>> Acesso em: 3 ago. 2011.

STRELHOW, Miriam Raquel W.; BUENO, Cheila O.; CÂMARA, Sheila G. Percepção de saúde e satisfação com a vida entre adolescentes: diferença entre sexo. **Revista de Psicologia e Saúde**, v. 2, n. 2, p. 42-49, jul./dez. 2010.



THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. Special Issue on Health-Related Quality of Life: what is it and how should we measure it? **Social Sciences and Medicine**, v. 4, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

WALLANDER, Jan; SCHMITT, Margaret. Quality of life measurement in children and adolescent: issues, instruments and applications. **Journal of Clinical Psychology**, v. 57, n. 4, p. 571-585, apr, 2001.

VILELA JUNIOR, Guanis B. *et al.* Relation between quality of life and alcohol consumption for students attending the physical education and sports course. **FIEP Bulletin**, v. 77, p. 231-235, 2007.

ZAMORA, Rolando *et al.* El tiempo libre y la recreación: estudio en adolescentes uruguayos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La salud del adolescente y del joven**. Washington, DC: OPAS, 1995.