







QUALIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES RELACIONADA A SEXO, RENDA FAMILIAR E PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS RELATED TO SEX, FAMILY INCOME AND PHYSICAL ACTIVITY

CALIDAD DE VIDA DE ADOLESCENTES RELACIONADA CON EL SEXO, INGRESO FAMILIAR Y LA ACTIVIDAD FÍSICA

-  Adélia Dayane Guimarães Fonseca ¹
-  Franciele Ornelas Cunha ¹
-  Isabelle Arruda Barbosa ¹
-  Júlia Oliveira Silva ²
-  Diego Dias de Araújo ³
-  Carla Silvana de Oliveira e Silva ⁴

¹ Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG – Brasil.

² Faculdade Governador Ozanam Coelho, Curso de Medicina. Montes Claros, MG – Brasil.

³ Unimontes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG – Brasil; Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

⁴ Unimontes, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, MG – Brasil; Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Franciele Ornelas Cunha
E-mail: francielecunha91@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Adélia D. G. Fonseca, Franciele O. Cunha, Isabelle A. Barbosa, Carla S. O. Silva; **Coleta de Dados:** Adélia D. G. Fonseca, Isabelle A. Barbosa, Júlia O. Silva, Carla S. O. Silva; **Conceitualização:** Adélia D. G. Fonseca, Franciele O. Cunha, Carla S. O. Silva; **Gerenciamento do Projeto:** Adélia D. G. Fonseca, Carla S. O. Silva; **Investigação:** Adélia D. G. Fonseca, Carla S. O. Silva; **Metodologia:** Adélia D. G. Fonseca, Franciele O. Cunha, Júlia O. Silva, Diego D. Araújo, Carla S. O. Silva; **Redação - Preparação do Original:** Adélia D. G. Fonseca, Franciele O. Cunha, Carla S. O. Silva; **Redação - Revisão e Edição:** Adélia D. G. Fonseca, Franciele O. Cunha, Júlia O. Silva, Diego D. Araújo; **Software:** Adélia D. G. Fonseca, Isabelle A. Barbosa, Carla S. O. Silva; **Supervisão:** Adélia D. G. Fonseca, Carla S. O. Silva; **Validação:** Adélia D. G. Fonseca, Isabelle A. Barbosa, Carla S. O. Silva; **Visualização:** Adélia D. G. Fonseca, Isabelle A. Barbosa, Diego D. Araújo, Carla S. O. Silva.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 30/12/2018

Aprovado em: 08/07/2019

Como citar este artigo:

Fonseca ADG, Cunha FO, Barbosa IA, Silva JO, Araújo DD, Silva CSO. Qualidade de vida em adolescentes relacionada a sexo, renda familiar e prática de atividade física. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em ____ _ ____];23:e-1245 Disponível em: _____.DOI: 10.5935/1415-2762.20190093

RESUMO

Objetivo: avaliar a autopercepção de adolescentes sobre a sua qualidade de vida e a relação entre a qualidade de vida e sexo, renda familiar e prática de atividades físicas. **Métodos:** estudo epidemiológico, transversal e analítico. Pesquisaram-se 633 adolescentes de 10 a 16 anos, do ensino público fundamental e médio. A coleta dos dados foi realizada no mês de agosto de 2016. O instrumento KIDSCREEN27 foi usado para determinar a qualidade de vida. Foram coletados dados sociodemográficos e sobre prática de atividades físicas. A análise foi feita por estatística descritiva, análise bivariada e usadas tabelas com valores absolutos e relativos. Aplicaram-se os testes ANOVA um fator, teste T de Student e H de Kruskal-Wallis. **Resultados:** os adolescentes tinham, em média, 13,82 anos, maioria do sexo feminino, cor/raça parda, cursando o primeiro ano do ensino médio e com renda familiar de até três salários mínimos. Aproximadamente 60% eram sedentários e, entre os que realizavam alguma atividade física, faziam-na em dois ou três dias na semana. Houve associação estatisticamente comprovada ($p < 0,001$) para maiores médias de escore de qualidade de vida entre os participantes que realizavam atividade física. As médias dos escores KIDSCREEN27 foram maiores no sexo masculino, com associação estatisticamente comprovada, com exceção dos domínios suporte social e grupo de pares e ambiente escolar. **Conclusões:** constatou-se que os adolescentes do sexo feminino apresentaram percepção inferior quanto à sua qualidade de vida e que a realização de atividades físicas é um fator importante para o incremento dessa percepção.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Exercício; Adolescente; Sexo; Renda.

ABSTRACT

Objective: to assess adolescents' self-perception of their quality of life and the relationship between quality of life and gender, family income and physical activity. **Methods:** epidemiological, cross-sectional and analytical study. A total of 633 adolescents from 10 to 16 years old, from public elementary and high school, were surveyed. Data collection was performed in August 2016. The instrument KIDSCREEN-27 was used to determine quality of life. Sociodemographic and physical activity data were collected. The analysis was performed by descriptive statistics, bivariate analysis and tables with absolute and relative values. One-way ANOVA, Student's t-test and Kruskal-Wallis H tests were applied. **Results:** the adolescents were, on average, 13.82 years old, mostly female, mixed race / brown, attending the first year of high school and with family income of up to three minimum wages. Approximately 60% were sedentary and, among those who performed some physical activity, did it on two or three days a week. There was a statistically proven association ($p < 0.001$) for higher means of quality of life score among participants who performed physical activity. The average KIDSCREEN-27 scores were higher in males, with a statistically proven association, except for the social support domains and peer group and school environment. **Conclusions:** it was found that female adolescents had lower perception regarding their quality of

life and that the performance of physical activities is an important factor for the increase of this perception.

Keywords: Quality of Life; Exercise; Adolescent; Sex; Income.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la autopercepción de los adolescentes sobre su calidad de vida y la relación entre calidad de vida y sexo, ingreso familiar y actividad física. **Métodos:** estudio epidemiológico, transversal y analítico. Se encuestó a un total de 633 adolescentes de 10 a 16 años de edad de escuelas primarias y secundarias públicas. La recogida de datos se realizó en agosto de 2016. Se utilizó el instrumento KIDSCREEN27 para determinar la calidad de vida. Se recogieron datos sociodemográficos y de actividad física. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva, análisis bivariado y tablas con valores absolutos y relativos. Se aplicaron ANOVA unidireccional, la prueba t de Student y las pruebas H de Kruskal-Wallis. **Resultados:** los adolescentes tenían, en promedio, 13,82 años, eran en su mayoría mujeres, de tez oscura, cursaban el primer año de la escuela secundaria y tenían ingresos familiares de hasta tres salarios mínimos. Aproximadamente el 60% eran sedentarios y, entre los que realizaban alguna actividad física, lo hacían dos o tres días a la semana. Hubo una asociación estadísticamente comprobada ($p < 0.001$) para promedios más altos en la calidad de vida entre los participantes que realizaban actividad física. Los puntajes promedio de KIDSCREEN27 fueron más altos entre los varones, con una asociación estadísticamente comprobada, a excepción de los dominios apoyo social y grupo de pares y ambiente escolar. **Conclusiones:** se constató que las adolescentes tenían una percepción más baja con respecto a su calidad de vida y que la práctica de actividades físicas es un factor importante para aumentar esta percepción.

Palabras clave: Calidad de Vida; Ejercicio; Adolescente; Sexo; Renta.

INTRODUÇÃO

O processo de transformação física, psicológica e fisiológica que acontece durante a adolescência em associação com o contexto social e as experiências inerentes a essa fase da vida destaca-a como um período crucial para a avaliação do estado de saúde de um indivíduo, uma vez que envolve questões como a construção de identidade e amadurecimento para a vida adulta. Adicionalmente, apresenta situações que podem representar riscos para a saúde física e psicológica. A compreensão mais profunda de como os adolescentes percebem algumas questões em sua vida é essencial para analisar a saúde desse estrato etário.¹ Ponto-chave da saúde do adolescente e que tem sido tema de muitas pesquisas nas últimas décadas é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).²

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1947, que a saúde deve ser não apenas a ausência de doenças, mas também deve compreender uma dimensão subjetiva de bem-estar físico, mental e social. Dessa forma, o conceito se constrói por indicadores clínicos e epidemiológicos, mas sem deixar desconsiderar a percepção do indivíduo sobre os diferentes domínios da sua vida.³ A mensuração da QVRS é um indicador

de saúde tão relevante quanto dados clínicos e tem sido usado em muitos estudos para determinar medidas de intervenção, prevenção e promoção em saúde de adolescentes. A elaboração de estudos que validam e avaliam a aplicação de instrumentos para a avaliação da qualidade de vida nesse grupo tem sido o objetivo de alguns pesquisadores nos últimos anos.^{4,5}

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida geralmente são divididos em domínios de abordagem às dimensões física, psicológica, ambientais e sociais.⁶ Um desses instrumentos que têm sido amplamente usados e com relevância é o KIDSCREEN, que foi desenvolvido no projeto *Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A European Public Health Perspective*, que aconteceu entre 2001 e 2004 em vários países europeus. O KIDSCREEN apresenta três versões, sendo a primeira com 52 questões distribuídas em 10 domínios. Para facilitar a aplicação do instrumento, a versão original foi sintetizada em outras duas versões menores, com 27 e 10 questões. A validade desse instrumento já foi amplamente testada em crianças e adolescentes de diferentes nacionalidades e culturas.^{4,7}

Revisão sistemática com 14 artigos mostrou que a prática de atividade física esteve consistentemente associada à melhora da QV. A prática de atividade física também apresentou forte associação ao bem-estar psicológico.⁸ Já estudo de metanálise constituído por 49 ensaios clínicos controlados identificou decréscimo de 48% nos níveis de ansiedade no grupo de estudo, quando comparado ao grupo.⁹ Em adição, ensaio clínico randomizado analisou, de maneira específica, sintomas psicológicos e concluiu que a prática de atividade física pode minimizar sintomas de depressão e estresse, melhorando, por conseguinte, a QV.¹⁰ A atividade física constitui, portanto, uma variável importante para a população adolescente, por representar um fator de promoção à saúde pela prevenção de doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão, entre outras.¹¹

A QVRS em adolescentes é um indicador importante para essa população, pelo impacto que isso representa na fase adulta e está passível de interação com características sociodemográficas como sexo e renda, além da atividade física, que é contemplada em um dos domínios do KIDSCREEN27. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi avaliar a autopercepção de adolescentes escolares sobre a sua qualidade de vida e a relação estabelecida entre sua qualidade de vida e sexo, renda familiar e prática de atividades físicas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, transversal e analítico. A população desta pesquisa foi composta de adolescentes de 10 a 16 anos, matriculados no ensino público fundamental e médio na cidade de Montes Claros, Minas Gerais.

A população deste estudo foi constituída por adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 10 e 16 anos, matriculados no ano de 2016 no ensino fundamental e médio do município. A estratificação da idade foi empregada para seleção dos escolares, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa.

O tamanho da amostra foi estabelecido visando-se à estimativa de parâmetros populacionais com prevalência de 0,50 – o que garantiu maior tamanho amostral – nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Realizou-se correção para população finita e correção para o efeito do desenho, adotando-se *deff* igual a 1,5. Estabeleceu-se também um acréscimo de 10% para compensar as possíveis não respostas e perdas. Os cálculos evidenciaram a necessidade de se examinar e entrevistar, no mínimo, 634 indivíduos.

O processo de seleção da amostra ocorreu por conglomerado probabilístico, em dois estágios. Para o primeiro estágio, a população envolvida foi alocada em quatro regiões da cidade de Montes Claros: norte, sul, leste e oeste. Posteriormente listou-se o número de escolas públicas estaduais, quantificando-se o número de alunos matriculados por região. No total, 63 escolas e 77.833 escolares foram incluídos e utilizou-se a probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), para o sorteio das escolas que representaram as regiões geográficas da cidade.

No segundo estágio, foram calculados os pesos amostrais pelo produto dos inversos das probabilidades de inclusão para cada região e calibrados considerando-se a projeção do número de adolescentes matriculados em escolas localizadas nos estratos geográficos no ano de 2016. O peso amostral da região norte foi de 140 unidades da população, representada pela unidade U_k da amostra, da região sul 109, da leste 145 e da região oeste 97.

Posteriormente, ocorreu a seleção dos adolescentes, adotando-se a amostragem aleatória sistematizada. Na recusa à participação, foi realizada a substituição pelo anterior na lista de matrícula. Dessa forma, o estudo proporcionou a mesma chance de participação aos adolescentes. Cada escolar recebeu um manual de instruções e procedimentos para a coleta de dados. A amostra final totalizou em 635 escolares e obedeceu à representatividade da população.

Finalmente, foi realizada a seleção dos escolares com base na amostragem aleatória sistematizada. Nos casos de recusa em participar da pesquisa, o selecionado foi substituído pelo anterior na lista de matrícula. Dessa forma, o estudo proporcionou a mesma chance de participação aos adolescentes. Cada participante recebeu um manual de instruções e procedimentos para a coleta de dados. Dos 635 escolares, apenas dois se recusaram a participar do presente estudo. Excluíram-se os adolescentes que declararam alguma doença renal, inflamatória, infecciosa, hepáticas e hematológicas; em gestação; e em uso de medicação que afetasse o perfil metabólico e hemodinâmico.

A coleta dos dados foi realizada no mês de agosto de 2016. A equipe passou por treinamentos e capacitação. O instrumento foi

composto de um questionário sociodemográfico para avaliação das variáveis sexo, idade, renda, número de moradores na casa e ano letivo. Os participantes também responderam sobre a prática de atividades físicas por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) validado para adolescentes brasileiros, versão curta, que classifica os indivíduos em ativos, muito ativos, irregularmente ativos e sedentários,¹² além das 27 questões do instrumento KIDSCREEN27 traduzido e adaptado.⁴

A análise do KIDSCREEN27 foi feita pela avaliação dos escores das questões de forma geral e pelos cinco domínios que compõem o instrumento: bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, suporte social e grupo de pares e ambiente escolar. As respostas aos itens são numeradas de um a cinco e quantificam o nível de percepção do entrevistado quanto ao abordado em cada questão. As opções de resposta vão de “muito ruim” a “excelente”, de “nada” a “totalmente” ou de “nunca” a “sempre”.¹³ A obtenção dos escores foi calculada usando-se o modelo proposto por Alves, Pedroso e Pinto, que segue as determinações do Manual do KIDSCREEN.¹⁴ A análise de dados foi feita no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0. As variáveis sociodemográficas e referentes à atividade física foram apresentadas em valores absolutos e porcentagem, média e desvio-padrão (DP). Os escores de KIDSCREEN27 foram apresentados em médias e DP. Procedeu-se à análise bivariada para determinar se existe relação entre as médias dos escores do KIDSCREEN27 e as variáveis sexo, atividade física e renda. Foram aplicados os testes ANOVA um fator, teste T de Student e H de Kruskal-Wallis, este último apenas para os escores de bem-estar psicológico e geral na associação com a renda, pois apresentaram variância não homogênea. Foi adotado o nível de significância de 5% em todos os testes e o intervalo de confiança (IC) de 95%.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) com parecer número 186.375. Após a concordância, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante e pesquisador em duas vias, conforme regulamentam os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Entre os 633 adolescentes participantes desta pesquisa, 60,2% eram do sexo feminino (Tabela 1), a cor/raça mais prevalente era a parda (57,5%), a média de idade era de 13,82 ($\pm 1,72$) anos e a maioria dos estudantes estava cursando o primeiro ano do ensino médio. A renda de grande parte das famílias desses adolescentes era de até três salários mínimos (83,9%) e o número de moradores por casa de quatro ou mais para 79,7% das residências.

A investigação revelou que a maioria dos jovens é sedentária e respondeu não praticar atividade física (59,9%). Entre os que praticam, o mais comum é em um (41,2%) e três (19,9%) dias na semana (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e de atividade física de adolescentes estudantes de escolas públicas. Montes Claros – MG, 2018

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	381	60,2
Masculino	252	39,8
Total	633	100
Cor/raça		
Branca	118	18,7
Parda	362	57,5
Amarela	21	3,3
Indígena	20	3,2
Negra	109	17,3
Total	630	100
Renda		
Até 3 salários mínimos	516	83,9
De 3 a 10 salários mínimos	75	12,2
De 10 a 20 salários mínimos	11	1,8
Mais de 20 salários mínimos	13	2,1
Total	615	100
Número de moradores na casa		
2	29	4,6
3	99	15,7
4	238	37,8
5 ou mais	263	41,9
Total	629	100
Ano escolar		
5º ano ensino fundamental	29	4,6
6º ano ensino fundamental	93	14,9
7º ano ensino fundamental	66	10,6
8º ano ensino fundamental	95	15,2
9º ano ensino fundamental	91	14,6
1º ano ensino médio	204	32,7
2º ano ensino médio	46	7,4
Total	624	100
Você pratica atividade física?		
Sim	252	40,1
Não	377	59,9
Total	629	100

Continua...

... continuação

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e de atividade física de adolescentes estudantes de escolas públicas. Montes Claros – MG, 2018

Variáveis	n	%
Quantas vezes por semana?		
1	250	41,2
2	57	9,4
3	120	19,9
4	73	12
5	26	4,3
6	4	0,8
7	50	8,2
Total	606	100

É importante salientar que algumas variáveis não tiveram índice de resposta de 100% da amostra, em função única e exclusivamente das não respostas aos itens.

O escore geral de KIDSCREEN27 para ambos os sexos foi de 66,18 (± 14,69), o maior escore entre os domínios foi suporte social, com 75,11 (± 22,24), e o menor foi bem-estar físico, com 54,32 (± 18,72) (Tabela 2).

Tabela 2 - Percepção da qualidade de vida medida pelo instrumento KIDSCREEN27 em adolescentes escolares de ambos os sexos. Montes Claros – MG, 2018

Dimensão	Média (dp)
Bem-estar físico	54,3 (18,7)
Bem-estar psicológico	70,0 (17,8)
Autonomia e relação com os pais	64,1 (20,7)
Suporte social e grupo de pares	75,1 (22,2)
Ambiente escolar	66,3 (20,3)
Geral	66,2 (14,7)

A partir da análise bivariada determinou-se uma relação entre os valores do escore KIDSCREEN27 em seus cinco domínios e o geral entre as variáveis sexo e prática de atividade física, bem como a renda familiar. As meninas apresentaram menores médias do escore quando comparadas aos meninos e essa associação foi estatisticamente comprovada na maioria dos domínios, com exceção de “suporte social e grupo de pares” e “ambiente escolar”. A prática de atividade física provou ser determinante para maiores médias do escore em todos os domínios, com significância estatística (Tabela 3).

Ao avaliar os escores de KIDSCREEN27 em relação à renda familiar, não se obtiveram associações estatisticamente comprovadas, entretanto, no domínio “bem-estar físico” houve tendência das médias de escore a aumentar com o aumento de salários (Tabela 4).

Tabela 3 - Percepção da qualidade de vida medida pelo instrumento KIDSCEEN em adolescentes em função do sexo e prática de atividade física. Montes Claros – MG, 2018

Dimensão	Média (dp)		p-valor
	Sexo		
	Feminino	Masculino	
Bem-estar físico	49 (17,6)	62,2 (17,5)	<0,001
Bem-estar psicológico	66,7(18,6)	75 (15)	<0,001
Autonomia e relação com os pais	62 (21,1)	67,4 (19,7)	0,002
Suporte social e grupo de pares	74,9(21,9)	75,3 (22,8)	0,861
Ambiente escolar	66,5(20,8)	65,8 (19,4)	0,682
Geral	63,9 (15)	69,7 (13,4)	<0,001
Você pratica atividade física?			
Dimensão	Sim	Não	p-valor
Bem-estar físico	59,7 (18)	46,3 (16,8)	<0,001
Bem-estar psicológico	72,9(16,4)	65,4 (18,9)	<0,001
Autonomia e relação com os pais	65,6(20,1)	61,87(21,4)	0,026
Suporte social e grupo de pares	77,5(20,2)	71,5 (24,5)	0,001
Ambiente escolar	67,2(19,8)	64,8 (20,8)	0,140
Geral	68,9(13,7)	62,1 (15,2)	<0,001

DISCUSSÃO

Os escores de KIDSCREEN27 foram influenciados por sexo e atividade física, porém não por renda familiar. Comparados com as meninas, os meninos apresentaram melhor percepção da sua qualidade de vida e os que realizam atividade física exibiram melhor percepção quando comparados aos sedentários.

A maioria dos adolescentes respondeu que não pratica algum tipo de atividade física. A inatividade física é um fator determinante para o sobrepeso e obesidade entre crianças e adultos e tem sido um reflexo direto do estilo e qualidade de vida dos jovens nas últimas décadas.¹⁵ É importante ressaltar que a atividade física está relacionada à melhora da qualidade de vida de crianças e adolescentes,¹⁶ o que é reforçado pelas análises desta pesquisa em que os adolescentes que responderam positivamente quanto à prática de atividades físicas apresentaram maiores médias de escore KIDSCREEN27 em todos os domínios.

O hábito de fazer exercícios físicos na infância e adolescência é importante para sua perpetuação na vida adulta. Isso, por sua vez, é uma estratégia eficiente de promoção da saúde, pois atividade física é um fator protetor contra doenças cardiovasculares e crônicas não transmissíveis.¹⁷ O adolescente também adquire aptidão física, que irá refletir em seu desempenho na vida adulta, assim como maximização do nível de massa mineral óssea.¹⁸⁻²⁰

A prática de atividades físicas constitui uma forma de lazer que objetiva reduzir a rotina diária estressante dos indivíduos, apresentando-se como uma atividade agradável e viciante, que reduz sensações desconfortáveis como a ansiedade, irritabilidade e depressão, além de manter boa forma física e melhora da qualidade de vida. Do ponto de vista psicológico, a prática de atividades físicas implica benefícios acerca da autoimagem e autoestima do praticante. E fisicamente está relacionada à diminuição de doenças cardiovasculares, de mortes prematuras, redução dos casos de acidente vascular cerebral, câncer de mama, câncer de cólon e de diabetes *mellitus* tipo II.²¹⁻²³

Pesquisas realizadas têm demonstrado que mais da metade dos adolescentes não atende às recomendações de realização de atividade física.^{24,25} Atualmente, a recomendação para crianças e adolescentes é de 60 minutos ou mais diários de atividades físicas moderadas em cinco ou mais dias da semana, de forma que somem pelo menos 300 minutos semanais de exercícios.²⁶ Neste estudo foi verificado que entre os jovens que responderam realizar algum tipo de atividade geralmente o fazem por dois ou três dias na semana, sendo, dessa forma, abaixo do recomendado.

Atualmente, a inatividade física constitui um grande risco à saúde. Um indivíduo considerado inativo fisicamente é aquele que realiza em sua rotina diária um mínimo de atividade física, apresentando gasto energético semanal de 500 kcal provenientes da locomoção, trabalho, lazer e atividades domésticas. Essa inatividade física é consequência do crescente avanço tecnológico que gerou mais conforto à vida das pessoas, diminuindo o incentivo à movimentação em função das diversas opções de lazer presente em seus domicílios, como a televisão, computador, videogames, entre outros.²¹⁻²³

Tabela 4 - Percepção da qualidade de vida medida pelo instrumento KIDSCEEN em adolescentes em função da renda familiar. Montes Claros – MG, 2018

Dimensão	Até 3 salários mínimos Média (dp)	De 3 a 10 salários mínimos Média (dp)	De 10 a 20 salários mínimos Média (dp)	Mais de 20 salários mínimos Média (dp)	p -valor
Bem-estar físico	54 (18,57)	54,7 (18,7)	58, (18,8)	67,3 (22,7)	0,08
Bem-estar psicológico	70,3 (18,3)	69,4 (16,2)	61,8 (8,2)	67,3 (17,5)	0,158
Autonomia e relação com os pais	63,9 (21)	66,9 (17,9)	55,8 (22,8)	67,9 (21,5)	0,329
Suporte social e grupo de pares	74,9 (22,4)	76 (22,6)	70 (16,6)	79,8 (12,2)	0,741
Ambiente escolar	66,1 (20,1)	66,8 (21,9)	67,5 (15,2)	66,1 (21,2)	0,989
Geral	66 (15)	66,8 (14,2)	62,6 (6,9)	70,6 (9,1)	0,434

Para ambos os sexos o domínio com maior média de escore foi suporte social, com 75,11 (DP 22,24), a média de escore geral para ambos os sexos foi de 66,18 (14,69). O maior escore em suporte social também foi verificado por Alves *et al.*⁵, com escore de 80,71 entre os participantes de sua pesquisa. Suporte social também se destacou como um ponto forte entre adolescentes diabéticos e obesos investigados em outras pesquisas pelo uso do instrumento PedsQL.^{27,28}

O domínio de suporte social apresenta-se fortalecido nos adolescentes, por estes estarem inseridos em grupos sociais com quem se identificam e buscam aprovação. O ambiente escolar é bem propício às interações sociais, pois facilita a comunicação dos adolescentes com outras pessoas que não os seus familiares e com as quais eles podem se identificar, por estarem compartilhando a mesma fase da vida. Existe a necessidade do adolescente em interagir e fazer novas amizades com outros que estão vivendo experiências semelhantes à sua, e a escola é o lugar onde esses encontros vão acontecer.²⁹

As médias de escore KIDSCREEN27 foram superiores para o sexo masculino em todos os domínios. Para o domínio bem-estar psicológico, uma possível justificativa é que a maturação sexual mais precoce para as meninas levam a alterações hormonais que refletem no estado psicológico, por causarem incertezas quanto a autoimagem, inseguranças e incertezas em relação à personalidade e ao futuro. Além disso, a puberdade mais precoce no sexo feminino tende a levar as meninas a abandonarem mais cedo aspectos inocentes da infância e adquirirem um nível de crítica perante elas mesmas e as suas experiências. Essa maturidade gera um senso crítico que pode diminuir a percepção sobre a qualidade de vida nos domínios avaliados por KIDSCREEN27.²⁹

O domínio bem-estar físico foi o que apresentou o menor escore no sexo feminino – 49 (DP 17,6). Esse aspecto pode ser explicado pela cultura referente aos papéis de gênero na sociedade brasileira. Enquanto entre os meninos a participação em esportes e atividades de esforço físico é mais comum e valorizada, as meninas têm menos incentivo social para realizarem essas atividades com mais direcionamento a cuidados com a beleza e tarefas domésticas.³⁰ É evidenciado também um padrão diferente do tipo de atividade física praticado por homens e mulheres. Eles tendem a realizar mais esportes coletivos, enquanto elas fazem atividades individuais como ginástica, dança ou caminhada. Assim, o resultado obtido no domínio bem-estar físico pode se relacionar ao tipo de atividade desenvolvida nas aulas de Educação Física, que em geral são práticas coletivas que agradam mais aos adolescentes do sexo masculino.³¹

Quanto ao domínio autonomia e relação com os pais, que também apresentou uma diferença entre o sexo masculino e feminino (67,4 e 62), pode-se destacar que culturalmente as meninas são mais superprotegidas pelos pais, sendo mais restrita a possibilidade de exercerem sua autonomia fora do

ambiente doméstico.³² A adolescência, por si só, é um período de conflito da relação entre pais e filhos.

A renda familiar não demonstrou associação com os valores médios de escore do KIDSCREEN27 em domínio algum. Apenas no domínio bem-estar físico houve tendência ao aumento do escore conforme o aumento da renda. Nesse caso, observa-se que a renda não possui grande impacto na qualidade de vida, porém, em relação ao domínio que diz respeito à saúde, há uma leve associação, que é também presente em outros estudos que estipulam que a escolaridade e os cuidados com a saúde estão associados à classe social.³³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é um indicador importante, por representar considerável impacto à saúde, por interferir em vários domínios na vida do adolescente. O impacto do nível de qualidade de vida pode refletir na vida adulta e a sua preservação deve ser considerada como estratégia de promoção em saúde. Fatores externos e inerentes ao adolescente podem influenciar na sua percepção da qualidade de vida. Neste estudo constatou-se que os adolescentes do sexo feminino apresentam uma percepção inferior quanto à sua qualidade de vida e que a realização de atividades físicas é um fator importante para o incremento dessa percepção. A renda familiar, por sua vez, não apresenta associação com esse indicador. Um conhecimento mais profundo sobre a QV dos adolescentes permite mais compreensão sobre a sua saúde. Esse aprofundamento pode ser um instrumento de gestão, com vias a orientar a organização de recursos e processos de tomada de decisão para a melhoria dessa qualidade de vida dos adolescentes escolares, em especial do sexo feminino, que apresentaram pior percepção de QV. Os resultados deste estudo devem ser vistos à luz de seus pontos fortes e limitações. Entre os fortes destaca-se o rigor metodológico utilizado no processamento e análise das variáveis de interesse central. Já no tocante às limitações, pode-se ressaltar o fato de que algumas características descritoras potencialmente de interesse no que concerne à qualidade de vida não puderam ser estudadas, por não serem de interesse do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Borges A, Simões C, Gaspar T, Matos MG. Qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes: relatório de estudo KIDSCREEN 2010 e 2006. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana; 2012.
2. Soares AH, Martins AJ, Lopes MC, Britto JA, Oliveira CQ, Moreira MC. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc Saúde Colet*. 2011[citado em 2018 dez. 05];16(7):3197-206. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800019
3. World Health Organization. WHO Constitution. Genebra: WHO; 1947.

4. Farias Júnior JC, Loch MR, Lima Neto AJ, Sales JM, Ferreira FELL. Reprodutibilidade, consistência interna e validade de construto do KIDSCREEN-27 em adolescentes brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2017[citado em 2018 dez.10];33(9):e00131116. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00131116.pdf>
5. Alves MAR, Pinto GMC, Stadler H, Pedrosa B. Aplicação do instrumento KIDSCREEN-27 em crianças e adolescentes: comparativo entre meninos e meninas em idade púber. *Rev Stricto Sensu*. 2016[citado em 12 dez. 2018];1(1):22-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315057413_Aplicacao_do_instrumento_KIDSCREEN-27_em_crianças_e_adolescentes_comparativo_entre_meninos_e_meninas_em_idade_pubere
6. Solans M, Pane S, Estrada M-D, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, et al. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value Health Reg Issues*. 2008[citado em 20 dez. 2018];11(4):742-64. Disponível em: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(10\)60552-9/pdf?_returnURL=https://www.flikinghub.com/2Fretrieve%2Fpii%2F1098301510605529%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(10)60552-9/pdf?_returnURL=https://www.flikinghub.com/2Fretrieve%2Fpii%2F1098301510605529%3Fshowall%3Dtrue)
7. Matos MG, Gaspar T, Simoes C. Kidscreen-52: parent's perception of their children's quality of life. *Psic Saúde Doenças*. 2013[citado em 2018 dez. 18];14(3):437-51. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300006&lng=pt&nrm=iso
8. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and healthrelated quality of life in the general adult population: a systematic review. *Prev Med*. 2007[citado em 2018 dez. 22];45(6):401-15. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743507003027?via=ihub>
9. Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol*. 2008[citado em 2019 jan.22];30(4):392-410. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18723899>
10. Asbury EA, Chandruangphen P, Collins P. The importance of continued exercise participation in quality of life and psychological well-being in previously inactive postmenopausal women: a pilot study. *Menopause*. 2006[citado em 2018 jan. 19];13(4):561-7. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=16837877>
11. Shephard RJ. Custos e benefícios dos exercícios físicos na criança. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 1995[citado em 2018 nov. 18];1(1):66-84. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/453/497>
12. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. International physical activity questionnaire (IPAQ): study of validity and reliability in Brazil. *Rev Bras Ativ Saúde*. 2001[citado em 2018 jan. 19];6(2):5-18. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/download/931/1222/>
13. Gaspar T, Matos MG. Qualidade de vida em crianças e adolescentes: versão portuguesa dos instrumentos KIDSCREEN-52. *Cruz Quebrada, PT: Aventura Social e Saúde*; 2008[citado em 2018 jan. 19]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/235929490_Qualidade_de_vida_em_crianças_e_adolescentes_-_versao_portuguesa_dos_Instrumentos_Kidscreen_52
14. Ravens-Sieberer UGA, Gosch A, Erhart M, Rueden UV, Nickel J, Kurth B-M, et al. The KIDSCREEN questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2006[citado em 2018 nov. 18]. Disponível em: https://stefvanbuuren.name/publication/2006-01-01_ravens2006/
15. Seidell JC. A atual epidemia de obesidade. In: Bouchard C, editor. *Atividade física e obesidade*. Tradução de Dulce Marino. Barueri: Manole. Manole; 2003.
16. Luciano AP, Bertoli CJ, Adami F, Abreu LC. Nível De Atividade Física Em Adolescentes Saudáveis. *Rev Bras Med Esporte*. 2016[citado em 2018 dez. 12];22(3):191-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v22n3/1517-8692-rbme-22-03-00191.pdf>
17. Ewart CK, Young DR, Hagberg JM. Effects of school-based aerobic exercise on blood pressure in adolescent girls at risk for hypertension. *Am J Public Health*. 1998[citado em 2018 dez. 12];88(6):949-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508242/pdf/amjph0018-0091.pdf>
18. Haines L, Wan KC, Lynn R, Barrett TG, Shield JP. Rising incidence of type 2 diabetes in children in the U.K. *Diab Care*. 2007[citado em 2018 dez. 12];30(5):1097-101. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/30/5/1097.full-text.pdf>
19. Cooper AR, Wedderkopp N, Wang H, Andersen LB, Froberg K, Page AS. Active travel to school and cardiovascular fitness in Danish children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc*. 2006[citado em 2018 dez. 12];38(10):1724-31. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=17019293>
20. Ortega FB, Ruiz JR, Castillo MJ, Sjostrom M. Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *Int J Obes*. 2008[citado em 2018 dez. 20];32(1):1-11. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/0803774>
21. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*. 2010[citado em 2018 dez. 18];16(4):1024-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4>
22. Silva RS, Silva I, Silva RA, Souza L, Tomasi E. Atividade física e qualidade de vida. 2010[citado em 2018 dez. 12];15(1):115-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100017
23. Reis DF, Souza FS, Jesus JS, Garcia TA, Ozaki GAT, Zanuto EAC, et al. Atividade física ao ar livre e a influência na qualidade de vida. *Colloquium Vitae*. 2017[citado em 2018 dez. 12];9(esp):191-201. Disponível em: <http://www.unoeste.br/site/enepe/2017/suplementos/area/Vitae/10%20-%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20F%C3%ADsica/ATIVIDADE%20F%C3%8DICA%20AO%20AR%20LIVRE%20E%20A%20INFLU%C3%8ANCIA%20NA%20QUALIDADE%20DE%20VIDA.pdf>
24. Ceschini FL, Florindo AA, Benício MHD'A. Nível de atividade física em adolescentes de uma região de elevado índice de vulnerabilidade juvenil. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2007[citado em 2018 dez. 12];15(4):67-78. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/778/780>
25. Reis RS, Hino AA, Florindo AA, Añez CR, Domingues MR. Association between physical activity in parks and perceived environment: a study with adolescents. *J Phys Act Health*. 2009[citado em 2018 dez. 12];6(4):503-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19842465>
26. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005[citado em 2018 dez. 12];146(6):732-7. Disponível em: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(05\)00100-9/pdf](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(05)00100-9/pdf)
27. Lima LAP, Weffort VRS, Borges MF. Avaliação da qualidade de vida de crianças com diabetes mellitus tipo 1. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011[citado em 2018 dez. 12];10(1):127-33. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8856/pdf>
28. Poeta LS, Duarte MF, Giuliano IC. Qualidade de vida relacionada a saúde de crianças obesas. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2010[citado em 2018 dez. 12];56(2):168-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a14v56n2.pdf>
29. Bessa LCL. Conquistando a vida: adolescentes em luta contra o câncer. São Paulo: Summus; 2000.
30. Oliveira TC, Silva AA, Santos CJ, Silva JS, Conceicao SI. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. *Rev Saúde Pública*. 2010[citado em 2018 dez. 12];44(6):996-1004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1564.pdf>
31. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad Saúde Pública*. 2003[citado em 2018 dez. 12];19(2):S325-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a14v19s2.pdf>
32. Coimbra RM. A resiliência em questão: perspectivas teóricas, pesquisa e intervenção. São Paulo: Artmed. No prelo 2015.
33. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007[citado em 2018 dez. 12];35(2):81-8. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0528.2007.00354.x>