

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
CURSO DE LICENCIATURA EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

CAROLINE SOARES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ESCOLARES DO 7º AO 9º
ANO DE DUAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC**

FLORIANÓPOLIS/SC

2017

CAROLINE SOARES DA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ESCOLARES DO 7º AO 9º
ANO DE DUAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em
Educação Física - Licenciatura pela Universidade
Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof.^a Dra. Kelly Samara da Silva

Coorientador: Prof. Me. Pablo Magno da Silveira

FLORIANÓPOLIS/SC

2017

TERMO DE APROVAÇÃO

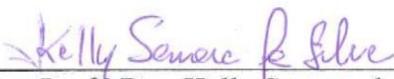
A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o seguinte Trabalho de Conclusão de Curso:

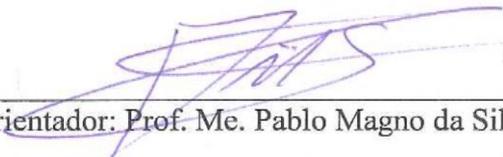
Título: Qualidade de vida relacionada à saúde em escolares do 7º ao 9º ano de duas escolas municipais da Grande Florianópolis/SC

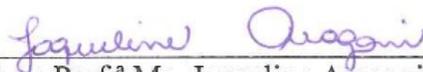
Elaborado por
Caroline Soares da Silva

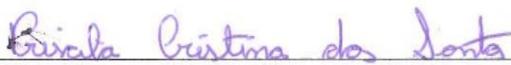
Como pré-requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Comissão Examinadora:


Orientadora: Prof.^a Dra. Kelly Samara da Silva – UFSC


Coorientador: Prof. Me. Pablo Magno da Silveira – UFSC


Membro: Prof.^a Ma. Jaqueline Aragoni da Silva – UFSC


Membro: Prof.^a Ma. Priscila Cristina dos Santos – UFSC


Suplente: Prof.^a Lic. Priscila Custódio Martins – UFSC

Florianópolis/SC, 27 de junho de 2017.

AGRADECIMENTOS

Diante da conclusão deste árduo trabalho, me vejo feliz pela oportunidade de agradecer àqueles que tanto fizeram por mim nesta trajetória.

Meu primeiro agradecimento é obrigatoriamente à minha família, que esteve ao meu lado em todos os momentos. Minha mãe, Sueli, e meu pai, Gilberto, por terem me dado a vida e a educação que me fizeram chegar até aqui. À minha irmã, Tânia, que sempre foi meu exemplo de esforço e dedicação, e minha irmã Marina, pelo companheirismo e encorajamento que nunca deixou faltar.

Ao meu amor e companheiro de vida, Fábio, que tanto me apoiou durante a graduação e me fez acreditar que tudo é possível. Juntamente com minhas princesas, Luci e Lili, que me fazem sorrir todos os dias e me mostram um caminho mais feliz a trilhar.

Às minhas eternas amigas, Dayani, Fabiana, Bianca, Cristtyna, Gabrielle, Mislene e Steffani, e meu grande amigo, Anderson, por me proporcionarem risadas leves e verdadeiras e me acolherem em todos os momentos que necessitei. Ter a amizade de vocês me fortaleceu nesta caminhada.

Ao meu professor, Hudson, por ter sido um grande exemplo que me inspirou a escolher esta profissão.

Agradeço minha orientadora, Kelly, e meu coorientador, Pablo, pela oportunidade de aprendizado na construção deste trabalho, assim como meus colegas de graduação e do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde por compartilharem comigo seus conhecimentos.

E finalmente, agradeço a Deus por ter colocado em meu caminho essas pessoas tão especiais acima citadas. Sou eternamente grata por ter vocês em minha vida.

Muito obrigada!

RESUMO

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ESCOLARES DO 7º AO 9º ANO DE DUAS ESCOLAS MUNICIPAIS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS/SC

Ao longo das últimas décadas a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo um tema cada vez mais estudado por sua importância no desenvolvimento e bem-estar da população. Em adolescentes, os estudos sobre o tema têm se tornado mais frequente, visto que nesta fase o meio em que vivem é capaz de influenciar fortemente em suas escolhas, podendo repercutir na adoção de hábitos que perdurem durante a vida adulta. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar possíveis diferenças entre a percepção dos escolares sobre dimensões da QVRS de acordo com o sexo, idade, ano escolar e escolas distintas. Trata-se de um estudo transversal que utilizou o piloto da pesquisa intitulada “Promoção de um estilo de vida saudável em adolescentes e sua relação com o desempenho escolar” - Programa Movimente. Participaram do estudo 251 escolares de ambos os sexos, com idade de 12 a 16 anos, matriculados em turmas de 7º ao 9º ano do ensino fundamental II de duas escolas públicas municipais, localizadas nos municípios de Florianópolis e São José, em Santa Catarina, com coleta de dados realizada entre os meses de junho e novembro de 2016. Para obtenção de dados foi utilizado o instrumento Kidscreen-27, contendo 27 questões, que avaliam a QVRS de forma subjetiva, com variação de 0 a 100 escores. O questionário foi aplicado em sala de aula e respondido individualmente pelos escolares, como um autorrelato. Para análise dos dados foram utilizados procedimentos de estatística descritiva, e para a análise inferencial o teste de Mann-Whitney para variáveis dicotômicas (sexo e escola) e Kruskal-Wallis para variáveis com mais de duas opções de resposta (idade e ano escolar), com nível de significância estabelecido em $p < 0,05$. Foram confrontados os escores das cinco dimensões da QVRS do instrumento Kidscreen-27 (bem-estar físico; bem-estar psicológico; autonomia e relação com os pais; amigos e apoio social; e ambiente escolar) com o sexo, idade, ano escolar e escola, ficando entendido que quanto maior o escore melhor a percepção de QVRS. Quanto confrontadas as dimensões da QVRS com o sexo, as dimensões: bem-estar físico, autonomia e relação com os pais, e ambiente escolar apresentaram escores significativamente superior no sexo masculino. Com relação a idade dos escolares, nenhuma diferença significativa foi encontrada. Confrontando as dimensões da QVRS com o ano

escolar, os escores do 8º ano apresentaram escores significativamente superior quando comparados aos escolares do 9º ano na dimensão amigos e apoio social, e os escolares do 9º ano apresentaram valores significativamente superior quando comparados aos escolares do 7º ano na dimensão ambiente escolar. Entre as escolas, apenas a dimensão ambiente escolar apresentou diferença significativa, tendo a escola localizada em Florianópolis escore superior quando comparada a escola localizada em São José. Os escores da QVRS dos escolares foram considerados baixos, visto que as medianas variaram de 31,1 a 49,6 quando levado em consideração todas as dimensões do instrumento, sendo necessárias ações de intervenção que possibilitem a melhoria do cenário encontrado.

Palavras-chave: Qualidade de vida relacionada à saúde; Qualidade de vida; Escolares; Adolescentes; Kidscreen.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	SITUAÇÃO PROBLEMA	10
2	OBJETIVO DO ESTUDO	11
3	JUSTIFICATIVA	11
4	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	12
5	REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE	13
5.2	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA E SUA AVALIAÇÃO	15
6	MATERIAIS E MÉTODOS	21
6.1	MODELO DO ESTUDO	21
6.2	SUJEITOS DO ESTUDO	21
6.3	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	22
6.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO	22
6.5	ASPECTOS ÉTICOS	23
6.6	ANÁLISE DE DADOS	23
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
KIDSCREEN	Questionário de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Escolas Básicas

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição da amostra (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016	25
Tabela 2: Mediana das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com o sexo (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016	26
Tabela 3: Mediana das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com a idade (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016	27
Tabela 4: Mediana das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com o ano escolar (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016	28
Tabela 5: Mediana das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com a escola (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Relação das dimensões do Kidscreen-52 com o Kidscreen-27, adaptado de Molina G. et. al., 2014	19
Figura 2: Aspectos gerais das cinco dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde do instrumento Kidscreen-27	20

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário Kidscreen-27	36
Anexo 2 – Anuência da Secretaria Municipal de Florianópolis	38
Anexo 3 – Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	39

1. INTRODUÇÃO

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMA

O termo qualidade de vida não ser utilizado como um sinônimo do estado de saúde de indivíduo, pois não se limita a este aspecto, incluindo também as dimensões psicológica e social, de forma subjetiva e multidimensional, na qual não é possível definir indicadores e determinantes. Ainda, pode sofrer alterações com o passar do tempo, sejam elas positivas ou negativas, de acordo com o contexto, suporte social e personalidade do indivíduo (BERTOLETTI, 2013).

Condições mínimas são essenciais para manutenção da qualidade de vida, como acesso a alimentação, água potável, trabalho, habitação, educação, saúde e lazer. Além disso, valores não materiais como amor, felicidade, liberdade e realização pessoal também devem compor a concepção de qualidade de vida, uma vez que estes são propósitos que frequentemente os indivíduos almejam alcançar (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Existem diferentes maneiras de mensurar a qualidade de vida da população, podendo ser considerada na perspectiva coletiva ou individual. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) e desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) é um exemplo de indicador de qualidade de vida coletivo que possibilita uma classificação de países, regiões e cidades, comparando-os com seus semelhantes. O IDH mede de maneira indireta a renda, saúde e educação por meio de indicadores de renda familiar per capita média, expectativa de vida e grau de escolaridade da população (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; NAHAS, 2013).

Um importante fator que constitui o conceito de qualidade de vida é a saúde, por meio de representação subjetiva de bem-estar e funcionalidade. O conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 retrata a saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades em um indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Pesquisas epidemiológicas que monitoram o estado de saúde da população tem sido cada vez mais utilizada na área de saúde pública (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006), visto que a saúde é um fator de grande influência da qualidade de vida da população, e esta é capaz de influenciar a saúde dos indivíduos.

Sob esse olhar, surge então um conceito mais aprofundado, chamado de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Este novo conceito começou a ser investigado com a população adulta, mas, aos poucos, estudos com crianças e adolescentes vem sendo desenvolvidos (BERTOLETTI et al., 2014), de modo a contribuir com o desenvolvimento saudável da população infantil, dado como direito básico e essencial para se viver de forma harmoniosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Desta forma, é importante investigar e compreender a percepção dos adolescentes sobre sua qualidade de vida relacionada à saúde, posto o papel fundamental que esta desenvolve em sua formação. Sendo assim, esta pesquisa se preocupou em responder o seguinte questionamento: Existem diferenças entre a percepção da QVRS, nas diferentes dimensões, quando confrontados o sexo, a idade, o ano de estudo e diferentes escolas, em escolares do 7º ao 9º ano?

2. OBJETIVO DO ESTUDO

Testar possíveis diferenças entre as dimensões da QVRS e variáveis sociodemográficas (sexo, idade, ano escolar e diferentes escolas) em escolares do 7º ao 9º ano de duas escolas públicas municipais localizadas em Florianópolis e São José/SC.

3. JUSTIFICATIVA

Os órgãos de saúde pública defendem a ideia do estado de saúde do indivíduo ser composto pela relação com fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Na adolescência, a saúde está relacionada com a capacidade de realizar tarefas diárias, aprendizado, emoções, relações interpessoais, com as percepções sobre si mesmo e o meio que as rodeia. Portanto, os adolescentes são muito sensíveis aos acontecimentos de seu entorno social, sejam eles favoráveis ou não para seu desenvolvimento de maneira saudável (VITALE, 2013).

O contexto em que vivem os adolescentes tem o poder de influenciar diretamente no desenvolvimento social e psicológico destes indivíduos a longo prazo, visto que, nesta faixa etária, ainda não possuem suporte social ou financeiro para mudar sua realidade de forma

espontânea e independente. Sendo assim, o processo de avaliação da qualidade de vida nesta população deve envolver aspectos familiar, escolar, da comunidade e amigos. Por meio da aplicação de questionário de avaliação da QVRS é possível conhecer melhor a realidade da população em questão, possibilitando uma intervenção personalizada em diferentes âmbitos, seja ele escolar, familiar ou social (BERTOLETTI, 2013).

No que diz respeito ao âmbito escolar, é de extrema importância que a escola e os profissionais que lá atuam tenham conhecimento aprofundado sobre os escolares que a frequentam. Assim, é possível direcionar ações didáticas e educacionais aos conteúdos e intervenções mais apropriados para este público, a fim de contribuir para a melhora na QVRS destes adolescentes.

No Brasil, há uma grande escassez de estudos que avaliam a QVRS em adultos saudáveis, visto que grande parte dos estudos avaliam populações específicas, normalmente com algum tipo de enfermidade ou condição especial (NORONHA et al., 2016). Quando tratamos da população adolescente, o número de estudos é ainda mais escasso, reforçando a importância de pesquisas em torno deste assunto (SOARES et al., 2011). Obter conhecimento sobre a QVRS dos adolescentes permite desenvolver métodos para promover este aspecto de acordo com o grupo e sua faixa etária, identificando fatores de risco e possibilitando a prevenção de um desenvolvimento deficitário destes adolescentes em aspectos pessoais e sociais (MATOS et al., 2012).

4. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Este trabalho delimita-se a investigar a QVRS em escolares, de ambos os sexos, regularmente matriculados do 7º ao 9º ano de duas escolas públicas municipais da Grande Florianópolis/SC, por meio de resultados obtidos pelo questionário Kidscreen-27.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

O termo qualidade de vida começou a ser difundido muitos anos atrás, especialmente em pesquisas de caráter empírico (SEIDL; ZANNON, 2004). Os primeiros pesquisadores a se interessarem pelo estudo deste tema foram filósofos, políticos e cientistas sociais (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Acredita-se que o termo qualidade de vida tenha surgido pela primeira vez em 1920, em um livro sobre economia e bem-estar, escrito por Pigou (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Na década de 70, Angus Campbell tentou explicar o complexo conceito de qualidade de vida, afirmando ser algo que muito se fala, mas ninguém sabe explicar exatamente o que é (SEIDL; ZANNON, 2004; LOPES, 2013).

Uma visão economicista estabelecida até a metade do século XX defendia que o bem-estar estava ligado diretamente ao nível econômico da população. No período pós-guerra esta visão começou a ser quebrada, visto que o crescimento econômico era favorável em algumas regiões, mas caminhava em direção oposta a melhoria no bem-estar da população, com pioras significativas nos indicadores sociais. Após este período, termos como felicidade, bem-estar e qualidade de vida passaram a ser mais utilizados, influenciado as políticas sociais (LOPES, 2013).

O termo passou a ser utilizado com maior frequência a partir dos anos 80 (SEIDL; ZANNON, 2004), e apresentou crescimento expressivo desde 1990, indicando maior preocupação com o tema por parte da sociedade, da área científica e da área da saúde (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Entre as décadas de 80 e 90 muitas maneiras de avaliar a qualidade de vida passaram a ser desenvolvidas, utilizando indicadores sociais de saúde e nível de criminalidade, medidas subjetivas de bem-estar do indivíduo em sua vida pessoal e social, e indicadores econômicos (LOPES, 2013). Juntamente, o desenvolvimento de um programa de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado junto à Constituição de 1988, passou a considerar que a saúde é um direito de todos (ZERBETO; CHUN, 2013).

Estando a saúde e a qualidade de vida diretamente ligadas, a melhoria na qualidade de vida passou a ser um objetivo que se espera ser alcançado através de políticas públicas e

práticas assistenciais, promovendo a saúde e prevenindo doenças na população, contribuindo assim com a qualidade de vida da população (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na área da saúde, a qualidade de vida passou a ser estudada principalmente a partir da mudança de três fatores: aumento da expectativa de vida, transição epidemiológica e a visão sobre o ser humano, que passou a ser considerado como ser biopsicossocial e complexo (BERTOLETTI, 2013).

A qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo acerca de suas metas, expectativas, padrões e preocupações, além de sua posição social de acordo com a cultura e valores de seu contexto (THE WHOQOL GROUP, 1998). Assim, o conceito de qualidade de vida é complexo e pode sofrer alterações de acordo com o contexto cultural, com a percepção de cada indivíduo e a mudança de percepção de um mesmo indivíduo ao longo do tempo, sendo múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida de pessoas e comunidades (LOPES, 2013; NAHAS, 2013).

Desta forma, a qualidade de vida só pode ser mensurada pelos relatos do próprio indivíduo, considerando sua visão sobre si mesmo (SEIDL; ZANNON, 2004; SOARES et al., 2011), visto que, a qualidade de vida é “algo que envolve bem-estar, felicidade, sonhos, dignidade, trabalho e cidadania”(pg. 17) (NAHAS, 2013).

Existem então dois conceitos complexos e distintos, sendo eles: a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada à saúde. O primeiro termo refere-se a um conceito mais global, sendo a interpretação do sujeito com relação a seu contexto social, suas expectativas e objetivos. De maneira geral, estudos que pretendem avaliar a qualidade de vida não trabalham com populações especiais, com doenças e deficiências, e sim com a população como um todo (SEIDL; ZANNON, 2004). O termo QVRS apresenta as mesmas características do anterior, englobando aspectos do contexto social, expectativas e objetivos na vida, porém, possui ampliação do conceito e passa a incluir alterações físicas, psicológicas e sociais mais relacionadas com a saúde e bem-estar dos indivíduos (LOPES, 2013).

São muitos os conceitos elaborados por diversos autores que tentam explicar a qualidade de vida relacionada à saúde. Podemos sintetizar a qualidade de vida relacionada à saúde como junção das características abordadas no conceito de qualidade de vida, como a percepção do indivíduo acerca do mundo, suas expectativas e objetivos, unindo-as à fatores de bem-estar físico, funcionalidade do corpo e estado de saúde, podendo contar com agravos causados por doenças ou pelo avanço da idade (LOPES, 2013). Porém, não visa somente identificar a presença ou ausência de doenças, mas analisar o estado geral do indivíduo no

aspecto emocional, psicológico, biológico e social, considerando a subjetividade, a percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde e aspectos da vida (ARAÚJO; ARAÚJO, 2000).

5.2 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE EM ADOLESCENTES E SUA AVALIAÇÃO

O termo qualidade de vida ligado à população infantil surgiu pela primeira vez em estudos brasileiros no ano de 1993, utilizando o termo em seus descritores, mas sem conceituar ou abordar de maneira concreta o tema, servindo apenas como porta de entrada para elaboração de novos estudos na área (SOARES et al., 2011).

Avaliar a QVRS em adolescentes é uma tarefa complexa, principalmente pela necessidade de um instrumento que seja válido e fidedigno para esta população que se encontra em crescimento e desenvolvimento, em constante modificação. Portanto, tornou-se essencial a criação de um instrumento que levasse em conta a percepção do adolescente sobre si mesmo, e não a visão de tutores ou profissionais da saúde sobre ele, melhorando assim a avaliação da QVRS nesta população (BERTOLETTI, 2013).

Grande parte dos instrumentos e pesquisas realizadas para avaliação da QVRS em adolescentes estão direcionados para populações acometidas por doenças crônicas. Porém, vem crescendo o número de estudos que tem como público alvo adolescentes saudáveis. Em parte, isto pode ser explicado pela mudança da visão anteriormente estabelecida de que crianças e adolescentes não eram capazes de compreender o conceito de qualidade de vida, e consequentemente, de qualidade de vida relacionada à saúde. Atualmente, entende-se que esta população é capaz de avaliar sua própria qualidade de vida, desde que sejam utilizados instrumentos adequados, que levem em consideração a idade, nível cognitivo e maturidade desta população (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

Os instrumentos para avaliação da QVRS são extremamente importantes, pois fornecem informações sobre o estado de saúde da população e é capaz de guiar as políticas públicas para o caminho mais indicado. São muitos os instrumentos utilizados para este fim, como o SF-36 e WHOQOL direcionado para adultos, e uma importante preocupação a ser tomada antes do início de uma pesquisa é a verificação da população alvo e objetivos do instrumento, afim de utilizá-los de maneira adequada. A utilização inadequada do instrumento

pode levar a resultados distorcidos e irreais, tornando o estudo inválido, de pouco ou nenhum valor científico (LOPES, 2013).

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes tem ganhado cada vez mais espaço no âmbito da saúde pública, com foco na prevenção e promoção da saúde. O rastreamento e identificação precoce de deficiências no bem-estar e identificação de determinantes sociais e comportamentais relacionados à saúde podem ser capazes de gerar informações para a resolução do problema, auxiliando profissionais da saúde pública na melhoria da saúde da população, acompanhando as modificações ao longo do tempo e direcionando o planejamento e intervenções em saúde (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes não possuem um padrão obrigatoriamente estabelecido, havendo muitas versões que abordam de formas distintas os temas relevantes ao desenvolvimento desta população, além de utilizarem diferentes técnicas e procedimentos na mensuração. Porém, é de comum acordo entre a maioria dos pesquisadores que é essencial avaliar a visão do adolescente sobre si mesmo, o aporte social e sua relação com a sociedade, família, colegas e escola, visto que são estes os ambientes mais frequentados por eles e que exercem maior influência em sua realidade e no seu processo de desenvolvimento (BERTOLETTI et al., 2014).

Existem duas classes de instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde, sendo os instrumentos genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos abordam de maneira geral a qualidade de vida e sua relação com a saúde do indivíduo, podendo ser aplicado na população como um todo, desconsiderando especificidades, mas também possibilita a aplicação em populações especiais. Já os instrumentos específicos fazem sua avaliação em torno de problemas ou sintomas de determinadas doenças, avaliando de forma pontual os problemas de saúde, a doença e a qualidade de vida do indivíduo, detectando melhora ou piora na condição de saúde (LOPES, 2013).

Os instrumentos genéricos para avaliação da qualidade de vida contêm questões que são agrupadas, de maneira geral, por domínios ou dimensões. Podem ser realizados por meio de entrevista guiada ou autorrelato (LOPES, 2013). Estes instrumentos transformam os sentimentos e sensações subjetivas em números, tornam possível uma análise mais objetiva dos aspectos que se queira analisar sobre a qualidade de vida relacionada à saúde (NORONHA et al., 2016).

O projeto KIDSCREEN, intitulado “*Screening For and Promotion of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – a European Public Health Perspective*”, teve financiamento da *European Commission (EC)* para desenvolver um conjunto de questionários destinados à crianças e adolescentes e seus proxys (pais ou responsáveis) que avaliasse a qualidade de vida relacionada à saúde. Foi desenvolvido simultaneamente em 13 países europeus (Áustria, República Checa, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Polônia, Espanha, Suécia, Suíça, Países Baixos e Reino Unido). A elaboração do questionário simultaneamente em diferentes países possibilitou a criação de um instrumento transcultural. Sendo assim, ao longo de três anos (2001 a 2004) o projeto desenvolveu, testou e implementou instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde para crianças e adolescentes saudáveis e também aqueles com doenças crônicas, com idade entre 8 e 18 anos (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

O instrumento se propôs a realizar uma avaliação genérica da qualidade de vida relacionada à saúde, analisando o bem-estar e a saúde subjetiva, afim de gerar informações apropriadas sobre populações e comportamentos de risco, fornecendo informações sobre a distribuição e tipo de deficiências na qualidade de vida da população e compreensão da saúde percebida de crianças e adolescentes. Foi construído e testado em aproximadamente 1.800 crianças e adolescentes e seus proxys por país, totalizando 22.830 indivíduos. A versão KIDSCREEN-27, utilizada neste estudo, contou com mais de 10.000 crianças e adolescentes em sua elaboração e validação. É um instrumento indicado para estudos epidemiológicos, clínicos, relatório de saúde e de avaliação da qualidade de vida geral (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

O questionário KIDSCREEN versão proxys tem como objetivo comparar as respostas dos adolescentes e de seus pais ou responsáveis, afim de comparar a visão de ambos. Esta medida parece ser interessante em alguns estudos, visto que em algumas dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde os pais ou responsáveis e os adolescentes possuem visões diferentes, sendo comumente encontradas respostas semelhantes apenas no domínio que envolve o bem-estar físico. Nos demais domínios os pais ou responsáveis parecem ter dificuldade em identificar a visão dos adolescentes sobre si mesmos. (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

O KIDSCREEN é um questionário autoaplicável, de simples compreensão, que pode ser respondido em um curto intervalo de tempo. Sua versão estendida contém 52 questões, divididas em 10 dimensões, sendo elas: 1) saúde e atividade física; 2) sentimentos; 3) estado

de humor global; 4) auto percepção; 5) autonomia/tempo livre; 6) família e ambiente familiar; 7) questões econômicas; 8) amigos; 9) ambiente escolar e aprendizagem; e 10) provocações (MATOS et al., 2012).

O questionário KIDSCREEN com 27 questões derivou de sua versão estendida, tendo as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde realocadas em novos grupos, como mostra a figura 1. Apenas a dimensão aceitação social, presente na versão estendida do instrumento, não foi contemplada na versão com 27 itens.

O questionário utilizado para este estudo foi o KIDSCREEN-27 (anexo 1), contendo 27 questões divididas em 5 dimensões: 1) bem-estar físico; 2) bem-estar psicológico; 3) autonomia e relação com os pais; 4) suporte social e grupo de pares (também chamado de amigos e apoio social); e 5) ambiente escolar. Assim como em sua versão estendida, o questionário apresenta cinco opções de resposta para cada pergunta, de acordo com a intensidade (nada – pouco – moderadamente – muito – totalmente) ou frequência (nunca – raramente – algumas vezes – frequentemente – sempre). O tempo médio para preenchimento do questionário é de aproximadamente 10 a 15 minutos (BERTOLETTI, 2013). A figura 2 apresenta os conteúdos pertinentes a cada uma das dimensões.

Existe ainda uma versão KIDSCREEN-10, que contém apenas 10 questões e gera um escore global de qualidade de vida relacionada à saúde, não sendo dividido em dimensões (BERTOLETTI, 2013).

Figura 1: Relação das dimensões do KIDSCREEN-52 com o KIDSCREEN-27, adaptado de Molina G. et. al., 2014.

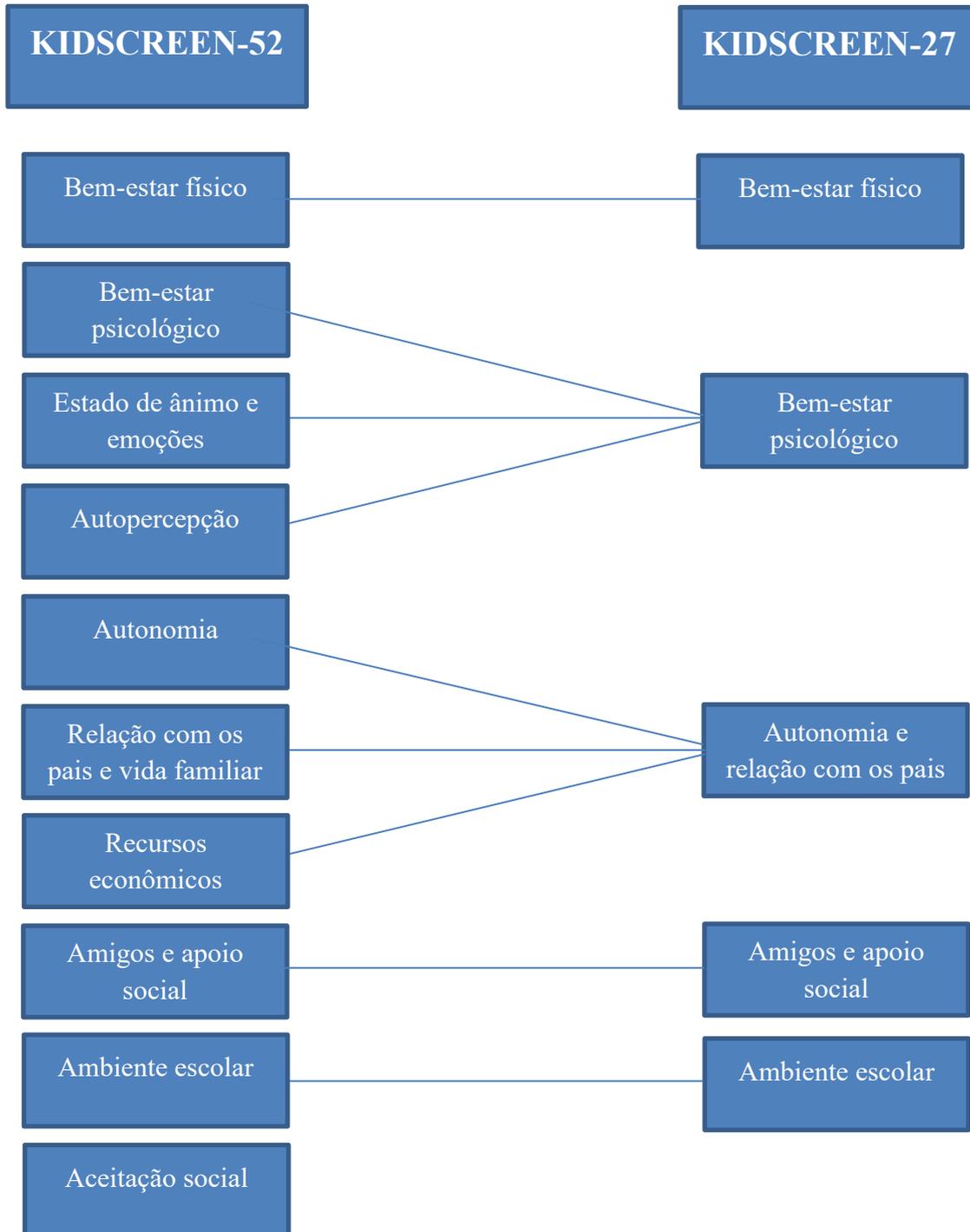
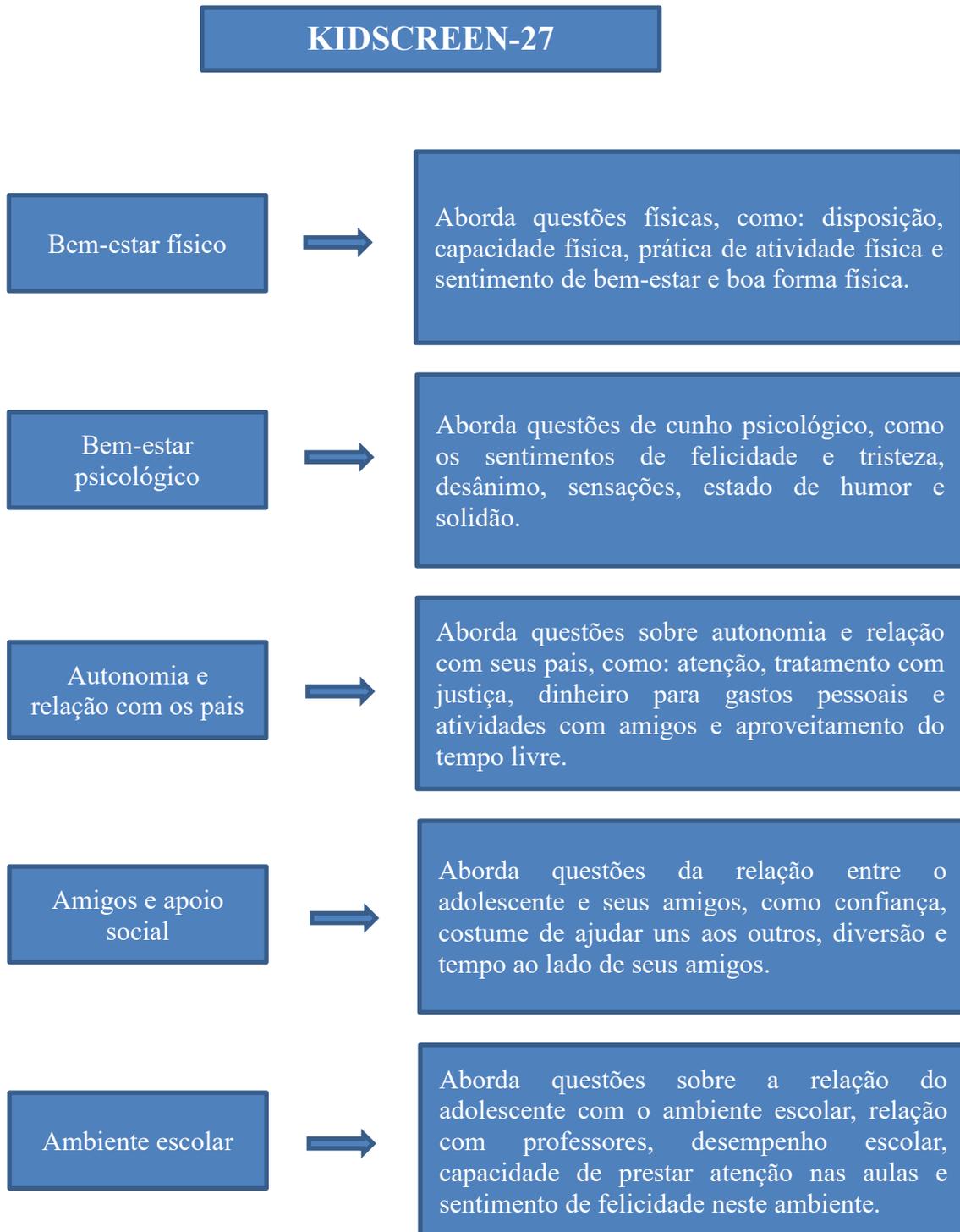


Figura 2: Aspectos gerais das cinco dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde do instrumento KIDSCREEN-27.



6. MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 MODELO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como um estudo transversal de caráter quantitativo, que possibilita visualizar e descrever a situação de uma população em um dado momento, permitindo análises de associação (ARAGÃO, 2011). Procura explorar os escores de qualidade de vida relacionada à saúde em diferentes dimensões e associá-los a diferentes características sociodemográficas dos escolares.

Os dados foram obtidos através do estudo piloto da pesquisa intitulada “Promoção de um estilo de vida saudável em adolescentes e sua relação com o desempenho escolar” - Programa Movimento, coordenado pela Professora Doutora Kelly Samara da Silva e o Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde – NUPAF, que pretende avaliar a efetividade de um programa de promoção de um estilo de vida saudável, com foco na promoção de atividade física e diminuição do comportamento sedentário, relacionando estes fatores com o desempenho escolar. A coleta dos dados ocorreu entre os meses de junho e novembro de 2016.

Ambas as escolas foram selecionadas voluntariamente para o estudo e não participaram da pesquisa principal do Programa Movimento. A primeira escola escolhida está localizada no bairro Armação do Pântano do Sul, comunidade do Sul da Ilha de Florianópolis. A segunda escola, localizada no bairro Ipiranga, no município de São José, região continental da Grande Florianópolis. Estas possuem porte médio e bastante similares.

6.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 251 escolares com idades entre 12 e 16 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculados no 7º, 8º ou 9º ano das escolas investigadas.

Crítérios de inclusão

- Estar regularmente matriculado no 7º, 8º ou 9º ano das escolas investigadas;
- Apresentar condição de ler, interpretar e responder o questionário;
- Estar presente no dia e horário de aplicação do questionário.

6.3 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Aspectos sociodemográficos como sexo, idade, ano escolar e escola foram obtidos no início da aplicação do questionário, relatados pelos próprios escolares. O instrumento utilizado para a coleta dos dados relativo à QVRS foi o questionário Kidscreen-27, criado e validado na Europa entre os anos de 2001 e 2004 para a população de crianças e adolescentes, pelo grupos de estudo neste tema da OMS, e também traduzido e adaptado transculturalmente para a população brasileira (GUEDES; GUEDES, 2011). Este questionário possui 27 questões divididas em 5 dimensões, sendo elas: bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, amigos e apoio social, ambiente escolar.

Os escolares foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo convidados a participar de forma espontânea. No momento do convite, os escolares receberam um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) direcionado aos pais, autorizando ou não sua participação. No dia da aplicação do questionário, os escolares assinaram também o termo de assentimento, deixando clara sua vontade de participar da pesquisa. O questionário foi aplicado em cada turma separadamente, com a presença de 3 pesquisadores, respondido individualmente pelos escolares, sem acompanhamento dos pesquisadores e sem tempo limite para conclusão. Dúvidas de interpretação das perguntas e resposta foram sanadas pelos pesquisadores.

6.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variável dependente

A variável dependente do estudo foi a QVRS, dividida em 5 dimensões do instrumento Kidscreen-27, sendo elas: bem-estar físico, bem-estar psicológico, autonomia e relação com os pais, amigos e apoio social e ambiente escolar. Os sujeitos do estudo responderam o questionário assinalando a resposta que julgaram mais apropriada com relação a sua percepção da QVRS, com cinco opções de resposta cada questão, variando de 1 a 5, sendo uma pior e uma melhor QVRS respectivamente. Em seguida foram gerados escores individuais para cada questão do instrumento.

Variáveis independentes

As variáveis independentes do estudo foram categorizadas, sendo: sexo (masculino / feminino), idade (12 anos / 13 anos / 14 anos / 15 e 16 anos), ano escolar (7º ano / 8º ano / 9º ano) e escola (Florianópolis / São José). Estas variáveis foram autorrelatadas pelos adolescentes no questionário sociodemográfico.

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo obteve anuência da Secretaria Municipal de Florianópolis (anexo 2) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (anexo 3), sob o parecer 1.333.9075, além da autorização dos dirigentes da escola para o início do estudo.

Os pais/responsáveis dos escolares assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e os escolares um Termo de Assentimento, tomando conhecimento sobre os objetivos, procedimento e finalidades da pesquisa.

A qualquer momento e por quaisquer motivos ficou assegurada a desistência dos participantes, assim como a garantia de que os dados pessoais não serão revelados em nenhum momento da pesquisa ou após a finalização da mesma.

Por parte dos pesquisadores, ficou o compromisso de apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa à escola, aos pais e aos escolares.

6.6 ANÁLISE DE DADOS

Os escores de cada dimensão foram contabilizados através de uma sintaxe fornecida pelo Grupo Kidscreen, que considera todos os itens de uma dimensão e as pondera em relação aos outros itens e dimensões do instrumento. Através desta sintaxe, os dados coletados são recodificados em uma escala com variação de 0 a 100 pontos para cada dimensão, sendo uma menor e maior percepção de QVRS, respectivamente.

Para condução das análises inferenciais, primeiramente foi utilizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk para analisar a distribuição dos dados. Não sendo encontrada uma distribuição normal dos dados, mesmo após transformações, utilizou-se a análise estatística não-paramétrica. Para as análises das variáveis dicotômicas (sexo e escola) com as dimensões de QVRS foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Já para a análise das variáveis

catóricas com mais de duas categorias (idade e ano escolar) com as dimensões da QVRS foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, com procedimento de comparações múltiplas para encontrar possíveis diferenças entre os grupos.

Para a análise dos escores da QVRS foi utilizado o software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0, e demais análises o software Stata versão 13.0. Em todas as análises foi considerado nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 251 escolares, sendo 50,4% meninos. A idade dos escolares variou de 12 a 16 anos, com maior frequência de adolescentes com 13 e 14 anos (64,2%). A escola localizada no município de Florianópolis, representou 57,4% da amostra. Quanto ao ano escolar, 24,7% do total dos escolares pertenciam ao 7º ano, 36,3% ao 8º ano e 39,0% do 9º ano (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição da amostra (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016.

	n	%
Sexo		
Meninos	126	50,4
Meninas	124	49,6
Idade		
12 anos	31	12,3
13 anos	78	31,1
14 anos	83	33,1
15 anos	55	21,9
16 anos	4	1,6
Escola		
Escola Florianópolis	144	57,4
Escola São José	107	42,6
Ano escolar		
7º ano	62	24,7
8º ano	91	36,3
9º ano	98	39,0

Quando analisada as dimensões da QVRS com a variável sexo, observaram-se diferenças significativas nas dimensões bem-estar físico ($p < 0,001$), autonomia e relação com os pais ($p = 0,030$) e ambiente escolar ($p = 0,040$). Nestas três dimensões, as medianas encontradas nos meninos foram superiores aa medianas encontradas nas meninas, indicando uma percepção mais positiva de QVRS no sexo masculino nestas três dimensões, como apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Medianas das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com o sexo (n=250). Florianópolis e São José, SC, 2016.

Dimensões	Meninos		Meninas		p-valor
	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	
Bem-estar físico	126	45,5 (40,5; 49,6)	123	39,1 (32,7; 42,5)	<0,001*
Bem-estar psicológico	126	37,7 (35,5; 39,1)	121	37,2 (35,5; 39,1)	0,145
Autonomia e relação com os pais	125	47,6 (41,7; 51,2)	122	44,6 (38,3; 49,5)	0,030*
Amigos e apoio social	124	47,5 (42,1; 53,9)	123	47,1 (39,9; 53,2)	0,793
Ambiente escolar	125	47,2 (42,9; 51,1)	122	45,4 (40,7; 51,1)	0,040*

* p-valor proveniente do Teste U de Mann-Whitney

No estudo de validação do instrumento Kidscreen-52 para adolescentes chilenos, realizado com 7.910 escolares de 10 a 18 anos, no ano de 2013, os autores encontraram valores significativamente superiores em meninos na dimensão bem-estar físico quando comparado às meninas (SEPÚLVEDA P. et al., 2013). Outro estudo realizado com 4.488 crianças e adolescentes argentinos utilizando o instrumento Kidscreen-52 também encontrou valores superiores dos meninos com relação às meninas na dimensão sobre bem-estar físico (BERRA et al., 2013), corroborando com o presente estudo.

Betta et. al., em 2013, encontrou diferença significativa nas dimensões autonomia e relação com os pais e vida familiar (equivalentes à dimensão autonomia e relação com os pais da versão Kidscreen-27) de acordo com o sexo, tendo os meninos apresentado valores superiores em relação às meninas. Porém, na dimensão ambiente escolar o estudo encontrou valores superiores em meninas (BERRA et al., 2013), apresentando resultados contrários ao presente estudo, onde os meninos também apresentaram percepção mais positiva da QVRS no ambiente escolar .

Um estudo colombiano realizado com 321 crianças e adolescentes saudáveis e enfermos encontrou valores superiores na dimensão bem-estar físico e ambiente escolar no sexo masculino, indo ao encontro dos achados deste estudo. Na dimensão autonomia e relação com os pais, as meninas relataram uma melhor percepção de QVRS (VÉLEZ et al., 2016), com resultado oposto ao encontrado neste estudo, onde os meninos apresentaram maior escore.

De maneira geral, parece ser comum encontrar no sexo masculino uma percepção de QVRS mais positiva que no sexo feminino, mesmo quando os indivíduos possuem condições de vida semelhante. Acredita-se que as meninas/mulheres sejam mais exigentes na percepção

de QVRS, gerando escores mais baixos que os meninos/homens constantemente (GORDIA et al., 2009).

Uma meta-análise realizado por Higuaita-Gutiérrez e Cardona-Arias, em 2015, analisou 11 estudos com adolescentes saudáveis e enfermos, todos com o instrumento Kidscreen-27, e concluiu que a QVRS sofre influência do gênero, alcançando o sexo masculino maiores escores nas dimensões bem-estar físico e bem-estar psicológico, o sexo feminino nas dimensões ambiente escolar e amigos e apoio social, e não encontrou diferença entre os gêneros na dimensão autonomia e relação com os pais (HIGUITA-GUTIÉRREZ; CARDONA-ARIAS, 2015).

Não foram encontradas diferenças significativas na percepção de QVRS em nenhuma das dimensões quando confrontadas às categorias de idade, como podemos verificar na tabela 3. Porém, a literatura aponta fortes indícios de que esta relação exista, contrariando os resultados deste estudo.

Tabela 3: Medianas das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com a idade (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016.

Dimensões	12 anos		13 anos		14 anos		15 e 16 anos		p-valor*
	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	
Bem-estar físico	31	44,1 (38,5; 47,1)	78	42,8 (36,6; 47,1)	82	42,2 (36,6; 47,1)	59	40,9 (34,7; 47,1)	0,182
Bem-estar psicológico	31	37,6 (36,5; 39,1)	78	37,8 (35,5; 39,1)	80	37,2 (35,5; 39,1)	59	37,3 (34,3; 39,1)	0,511
Autonomia e relação com os pais	31	46,5 (40,6; 51,2)	77	46,4 (39,5; 49,5)	81	45,5 (40,6; 51,2)	59	46,2 (41,7; 49,5)	0,777
Amigos e apoio social	30	46,1 (42,1; 53,2)	77	48,2 (37,9; 57,8)	82	47,6 (40,3; 53,2)	59	46,1 (39,9; 49,8)	0,656
Ambiente escolar	31	46,8 (40,7; 54,4)	77	45,1 (40,7; 51,1)	81	46,5 (40,7; 51,1)	59	47,3 (42,9; 51,1)	0,379

* p-valor proveniente da análise Kruskal-Wallis

Estudos apontam que a QVRS sofre influência da idade. De maneira geral, quando a idade aumenta a percepção de qualidade de vida relacionada à saúde diminui. Este comportamento parece ser inverso somente em aspectos relacionados a aceitação social, tendo os adolescentes mais velhos uma melhor percepção de qualidade de vida nesta dimensão, (BERRA et al., 2013; SEPÚLVEDA P. et al., 2013; GUEDES et al., 2014; HIDALGO-RASMUSSEN et al., 2014). Entretanto, estes estudos citados trabalham com uma grande amplitude de idade, variando de 8 a 18 anos, incluindo crianças e adolescentes.

Um estudo realizado com 7.910 adolescentes chilenos afirma esta relação da idade com as dimensões da qualidade de vida relacionada à saúde. Com a amostra dividida em três grupos etários (10 à 12 anos; 13 à 15 anos; 16 à 18 anos), o estudo aponta a diminuição progressiva nos escores de cada dimensão da qualidade de vida relacionada à saúde com o aumento progressivo da idade (MOLINA G et al., 2014).

O estudo suéco realizado com 283 escolares de 11 a 16 anos concluiu que além dos meninos possuírem percepção de qualidade de vida relacionada à saúde na dimensão bem-estar físico superiores as meninas em todas as idades, os valores podem se manter ou aumentar levemente no sexo masculino com o aumento da idade, enquanto no sexo feminino estes valores tendem a diminuir com o aumento da idade (SVEDBERG; ERIKSSON; BOMAN, 2013).

Ao analisar diferenças entre os anos escolares, encontramos diferença significativa na dimensão amigos e apoio social ($p= 0,043$) entre o 8º ano e o 9º ano, e na dimensão ambiente escolar ($p= 0,040$) entre o 7º ano e 9º ano, como apresentado na tabela 4.

Tabela 4: Medianas das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com ano escolar (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016.

Dimensões	7º ano		8º ano		9º ano		p-valor
	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	
Bem-estar físico	62	42,6 (38,5; 47,1)	91	43,5 (36,6; 49,6)	97	41,0 (34,7; 44,7)	0,119
Bem-estar psicológico	62	37,6 (35,5; 39,1)	91	37,7 (35,5; 39,1)	95	37,1 (35,5; 39,1)	0,213
Autonomia e relação com os pais	62	46,0 (39,5; 49,5)	90	46,4 (40,6; 51,2)	96	45,8 (40,6; 49,5)	0,998
Amigos e apoio social	61	46,4 (39,9; 49,8)	90	49,7 (42,1; 57,8)*	97	45,5 (39,9; 49,8)*	0,043*
Ambiente escolar	62	44,9 (40,7; 51,1)*	90	45,7 (40,7; 51,1)	96	47,8 (42,9; 51,1)*	0,040*

* p-valor proveniente da análise Kruskal-Wallis

Em um estudo português, houve comparação entre 2.433 escolares do 5º e 7º ano, em questões semelhantes as utilizadas neste estudo, sobre relação com amigos e com o ambiente escolar. Não foram encontradas diferenças significativas no número de amigos entre os anos escolares do 5º e 7º ano. No 7º ano os escolares afirmaram ter mais facilidade em conversar com seus amigos sobre assuntos que os preocupam, sejam esses amigos do mesmo sexo ou do sexo oposto. Com relação ao ambiente escolar, os escolares do 5º ano demonstraram gostar mais da escola e afirmam que os professores têm melhor percepção sobre sua capacidade acadêmica do que os escolares do 7º ano. Este estudo português também utilizou a versão Kidscreen-10, chegando à conclusão que os escolares do 5º ano tem melhor percepção de QVRS do que os escolares do 7º ano (MATOS et al., 2012).

Nos resultados do presente estudo, os escolares do 7º e 8º ano apresentam valores superiores na dimensão amigos e apoio social quando comparados aos escolares do 9º ano, podendo indicar uma menor percepção de QVRS nesta dimensão entre os escolares mais velhos. Porém, esta diferença só é estatisticamente significativa entre o 8º e 9º ano.

Tabela 5. Medianas das dimensões de qualidade de vida relacionada à saúde em escolares de acordo com a escola (n=251). Florianópolis e São José, SC, 2016.

Dimensões	Escola Florianópolis		Escola São José		p-valor
	n	Mediana (Q1-Q3)	n	Mediana (Q1-Q3)	
Bem-estar físico	144	42,5 (36,6; 47,1)	106	42,1 (36,6; 47,1)	0,784
Bem-estar psicológico	143	37,5 (35,5; 39,1)	105	37,5 (35,5; 39,1)	0,793
Autonomia e relação com os pais	142	46,0 (40,6; 49,5)	106	46,2 (39,5; 51,2)	0,801
Amigos e apoio social	143	46,8 (39,9; 53,2)	105	47,9 (42,1; 53,2)	0,668
Ambiente escolar	143	47,5 (42,9; 51,1)	105	44,7 (40,7; 48,1)	0,003*

* p-valor proveniente do Teste U de Mann-Whitney

Na análise da dimensão ambiente escolar, este panorama se altera, havendo um aumento nos valores da percepção de QVRS com o aumento do ano escolar. Entretanto, esta diferença alcança valores estatisticamente significativos somente quando comparamos os escores de QVRS entre os alunos do 7º e 9º ano.

Quando analisado perfil de QVRS entre as escolas foi encontrada diferença significativa ($p=0,003$) apenas na dimensão ambiente escolar, de modo que a escola localizada em Florianópolis obteve mediana superior (47,47) àquela localizada em São José (44,69), como apresentado na tabela 5.

A escola localizada no município de Florianópolis, está situada em um bairro pouco movimentado, próximo ao mar, com cerca de 5.580 habitantes de acordo com a estimativa para 2015 do Censo 2010 (“Prefeitura Municipal de Florianópolis”, 20 de junho de 2017). O município de Florianópolis possui cerca de 477.000 habitantes, com renda salarial média dos trabalhadores formais em 4,8 salários mínimos mensais, onde 24,6% da população recebe até meio salário mínimo mensal per capita. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é 0,847 e a taxa de escolarização dos 6 aos 14 anos é de 98,4% (“IBGE”, 2017a). A nota do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) do município foi 4,9 no ano de 2015, e a nota da escola foi 5,1 no mesmo ano, ambas relacionadas ao 8º e 9º ano (“MEC”, 2017). A escola localizada no município de São José, região continental da Grande Florianópolis, está localizada em um bairro bastante movimentado, com cerca de 15.500 habitantes de acordo com a estimativa para 2015 do censo 2010. O município possui população de 236.000 habitantes, com renda salarial média dos trabalhadores formais em 2,4 salários mínimos mensais, onde 23,8% da população recebe até meio salário mínimo mensal per capita. O IDH do município é 0,809 e a taxa de escolarização dos 6 aos 14 anos é 97,5%

(“IBGE”, 2017b). A nota do IDEB do município foi 5,1 no ano de 2015, e a nota da escola foi 5,3 no mesmo ano, ambas relacionadas ao 8º e 9º ano (“MEC”, 2017).

Ambas instituições possuem pontuações no IDEB levemente superiores as de seus municípios, podendo ser consideradas instituições com um bom padrão municipal de ensino. A escola de Florianópolis apresentou valores significativamente superiores à de São José apenas na dimensão ambiente escolar, podendo sinalizar alguma diferença entre as instituições. Os dados de IDH e nota no IDEB são semelhantes entre as escolas, não podendo ser atribuída esta diferença a estes motivos.

Apesar de ambas as escolas possuírem um porte semelhante, a escola de Florianópolis apresenta uma estrutura física mais organizada e preservada, com mais espaços disponíveis para as aulas e momentos de recreação. Já na escola de São José, os ambientes não são tão bem aproveitados e cuidados, deixando a impressão de uma escola menos aconchegante.

Podemos observar que a escola com maior score na dimensão ambiente escolar, localizada em Florianópolis, possui o Programa Escola Aberta. Este programa funciona como uma ação social para a comunidade escolar e seu entorno, proporcionando atividades culturais, esportivas, de lazer e formação para a cidadania para toda a comunidade, aos finais de semana. Tem por objetivo contribuir para a melhoria na qualidade da educação, inclusão social e construção de uma cultura pacificadora, ampliando a relação da escola com a comunidade e contribuindo para a redução da violência na comunidade escolar (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO,). Portanto, este pode ser um fator de influência na percepção da QVRS na dimensão ambiente escolar por parte de seus estudantes, visto que a escola passa a ser um ambiente de socialização e educação mais efetivo, acolhendo os escolares e proporcionando novas oportunidades. Além disso, são os professores e equipe pedagógica da instituição que realizam os eventos da Escola Aberta, favorecendo o estabelecimento de boas relações com os escolares.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos achados deste estudo, é possível concluir que o sexo pode influenciar diretamente na percepção de QVRS, tendo o sexo masculino uma percepção mais positiva. O ano escolar também parece influenciar nesta percepção, variando de acordo com as dimensões da QVRS e o ano, não sendo estabelecida a mesma relação entre todos os anos escolares estudados.

Com relação aos escores da QVRS confrontado com as idades, não foram encontradas diferenças significativas em nenhuma dimensão do instrumento. Entretanto, muitos estudos indicam que esta relação exista, com diminuição dos escores com o aumento da idade.

Quando comparadas duas escolas distintas, de municípios diferentes, a dimensão ambiente escolar apresentou diferença significativa, indicando uma melhor relação dos escolares com o ambiente escolar em uma das instituições. Este fato pode estar possivelmente associado com a uma melhor relação entre escolares e o quadro de funcionários da instituição, - professores e equipe pedagógica - que podem gerar uma sensação de bem-estar nos escolares através de boas relações estabelecidas. Existe ainda do Programa Escola Aberta na instituição que obteve maior escore, possibilitando uma aproximação dos escolares e a comunidade escolar com a instituição de ensino, contribuindo para uma melhor percepção do ambiente escolar.

De maneira geral, os escores alcançados pelos escolares estudados foram baixos, independente do sexo, idade, ano escolar ou escola. Isto pode estar associado às condições em que vivem estes escolares, ou ainda à elevada expectativa que eles possuem acerca de suas vidas, necessitando um estudo mais aprofundado que investigue as causas desta baixa percepção de qualidade de vida relacionada à saúde.

É evidente a necessidade de intervenções que promovam a qualidade de vida relacionada à saúde dos escolares nestas escolas investigadas, e este estudo serve de estímulo para que tal iniciativa possa ser valorada e adotadas nesta população, que apresentou baixos níveis de satisfação com sua qualidade de vida relacionada à saúde, em dimensões distintas.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, p. 59–62, 2011.
- ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 5, p. 194–203, 2000.
- BERRA, S.; TEBÉ, C.; ESANDI, M. E.; CARIGNANO, C. Fiabilidad y validez del cuestionario KIDSCREEN-52 para medir calidad de vida relacionada con la salud para población argentina de 8 a 18 años. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 1, n. 1, p. 29–35, fev. 2013.
- BERTOLETTI, J. **Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes portadores de cardiopatias congênitas**. 2013. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia, Porto Alegre - RS, 2013.
- BERTOLETTI, J.; MARX, G. C.; JUNIOR, H.; PEDRO, S.; PELLANDA, L. C. Qualidade de vida e cardiopatia congênita na infância e adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 2, p. 192–198, 2014.
- CAMPANARIO, P.; MAMERI, C. P. Projeção da população residente do município de São José (SC): urbana e rural, domicílio e setores censitários. **Associação dos Municípios da Grande Florianópolis**. 2015. Disponível em: http://www.saojose.sc.gov.br/images/uploads/geral/Estudo_Demografico_Sao_Jose_2015.pdf Acesso em: 21 de junho de 2017.
- GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B.; CAMPOS, W.; PETROSKI, É. L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 1, p. 50–61, 2009.
- GUEDES, D. P.; ASTUDILLO, H. A. V.; MORALES, J. M. M.; VECINO, J. C.; PIRES JÚNIOR, R. Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 1, p. 46–52, 2014.
- GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Tradução, adaptação transcultural e propriedades psicométricas do KIDSCREEN-52 para a população brasileira. **Revista Paulista de Pediatría**, v. 29, n. 3, p. 364–371, 2011.
- HIDALGO-RASMUSSEN, C. A.; RAJMIL, L.; ESPINOZA, R. M.; HIDALGO-RASMUSSEN, C. A.; RAJMIL, L.; ESPINOZA, R. M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población mexicana de 8 a 18 años. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2215–2224, 2014.
- HIGUITA-GUTIÉRREZ, L. F.; CARDONA-ARIAS, J. A. Instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud del adolescente. **Hacia la Promoción de la Salud**, v. 20, n. 2, p. 27–42, 2015.

IBGE. Censo 2010. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/florianopolis/panorama>>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

_____. Censo 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sc/sao-jose/panorama>>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. **Revista Salus**, v. 1, n. 1, p. 13–15, 2007.

LOPES, P. C. L. **Qualidade de vida em saúde: evidência para Portugal**. 2013. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6984>>. Acesso em: 28 de abril de 2017.

MATOS, M. G.; GASPAR, T.; SIMÕES, C.; BORGES, A.; CAMACHO, I.; TOMÉ, G.; FERREIRA, M.; RAMIRO, L.; REIS, M.; SANTOS, T. **Qualidade de vida e saúde em crianças e adolescentes: relatório do estudo KIDSCREEN 2010 e 2006**. Lisboa: FMH/Universidade Técnica de Lisboa, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Disponível em:

<<http://ideb.inep.gov.br/resultado/resultado/resultado.seam?cid=315985>>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa Escola Aberta, [s.d.].

MOLINA G, T.; MONTAÑO E, R.; GONZÁLEZ A, E.; SEPÚLVEDA P, R.; HIDALGO-RASMUSSEN, C.; MARTÍNEZ N, V.; MOLINA C, R.; GEORGE L, M. Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud KIDSCREEN-27 en adolescentes chilenos. **Revista Médica de Chile**, v. 142, n. 11, p. 1415–1421, 2014.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 6ª ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NORONHA, D. D.; MARTINS, A. M. E. B. L.; DIAS, D. S.; SILVEIRA, M. F.; PAULA, A. M. B. D.; HAIKAL, D. S. A. Qualidade de vida relacionada à saúde entre adultos e fatores associados: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 463–474, 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2015_index.php>. Acesso em: 21 de junho de 2017.

RAVENS-SIEBERER, U.; KIDSCREEN GROUP EUROPE (ed.). **The Kidscreen questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents**. Lengerich: Pabst Science Publ, 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 580–588, 2004.

SEPÚLVEDA P., R.; MOLINA G., T.; MOLINA C., R.; MARTÍNEZ N., V.; GONZÁLEZ A., E.; GEORGE L., M.; MONTAÑO E., R.; HIDALGO-RASMUSSEN, C. Adaptación transcultural y validación de un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes chilenos. **Revista Médica de Chile**, v. 141, n. 10, p. 1283–1292, 2013.

SOARES, A. H. R.; MARTINS, A. J.; LOPES, M. C. B.; BRITTO, J. A. A.; OLIVEIRA, C. Q.; MOREIRA, M. C. N. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3197–3206, 2011.

SVEDBERG, P.; ERIKSSON, M.; BOMAN, E. Associations between scores of psychosomatic health symptoms and health-related quality of life in children and adolescents. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 11, n. 176, p. 1–8, 2013.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science & Medicine**, v. 46, n. 12, p. 1569–1585, 1998.

VÉLEZ, C. M.; LUGO-AGUDELO, L. H.; HERNÁNDEZ-HERRERA, G. N.; GARCÍA-GARCÍA, H. I. Colombian Rasch Validation of KIDSCREEN-27 Quality of Life Questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n. 64, p. 1–10, 2016.

VITALE, L. R. **Asociación entre el rendimiento académico y la calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes escolarizados de la ciudad de Córdoba 2010-2011**. 2013. Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Salud Pública, Córdoba, 2013. Disponível em: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Vitale_Laura_Romina.pdf>. Acesso em: 9 de junho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. 48. ed. Geneva: World Health Organization, 2014.

ZERBETO, A. B.; CHUN, R. Y. S. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças e adolescentes com alterações de fala e linguagem. **CoDAS**, v. 25, n. 2, p. 128–134, 2013.

ANEXOS

AUTONOMIA E RELAÇÃO COM OS PAIS

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

14. Você teve tempo para você mesmo?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

15. Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

16. Seus pais tiveram tempo suficiente para você?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

17. Seus pais trataram você de forma justa?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

18. Você conversou com seus pais como você queria?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

19. Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos(as) fazem?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

20. Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

AMIGOS E APOIO SOCIAL

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

21. Você teve tempo suficiente para ficar com amigos(as)?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

22. Você se divertiu com seus amigos(as)?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

23. Você e seus amigos(as) se ajudaram uns aos outros?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

24. Você sentiu que pode confiar em seus amigos(as)?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

AMBIENTE ESCOLAR

PENSANDO SOBRE A SEMANA PASSADA...

25. Você se sentiu feliz na escola?

- Nada Pouco Moderadamente Muito Totalmente

26. Você foi bom/boa aluno(a) na escola?

- Nada Pouco Moderadamente Muito Totalmente

27. Você foi capaz de prestar atenção nas aulas?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

28. Você teve uma boa relação com os seus professores?

- Nunca Raramente Algumas vezes Frequentemente Sempre

ANEXO 2

Anuência da Secretaria Municipal de Florianópolis



**SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR
GERÊNCIA DE FORMAÇÃO PERMANENTE
Rua Ferreira Lima, 82 – Centro
CEP 88014-420 – Florianópolis – SC
Telefones: (48) 21065922 – (48) 21065923**

Florianópolis, 11 de Agosto de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Secretaria Municipal de Educação de Florianópolis (Gerência de Formação Permanente), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“Promoção de um estilo de vida ativo em adolescentes e sua relação com o desempenho escolar”**, em desenvolvimento no Departamento de Educação Física, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no período de 2015 a 2016. A pesquisa está sob coordenação da **Profª Dra Kelly Samara da Silva**. Cumprirei os termos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Regina Bittencourt Souto
Gerência de Formação Permanente

Regina Bittencourt Souto
Gerente de Formação Permanente
Decreto nº 13.928/2015

ANEXO 3

Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL EM ADOLESCENTES E SUA
RELAÇÃO COM O DESEMPENHO ESCOLAR

Pesquisador: Kelly Samara da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49462015.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: CNPQ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.333.075