



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

NADYELLE ELIAS SANTOS ALENCAR

Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

TERESINA-PI
2018

NADYELLE ELIAS SANTOS ALENCAR

Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Grazielle Roberta Freitas da Silva.

TERESINA-PI
2018

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde
Serviço de Processamento Técnico

A368q Alencar, Nadyelle Elias Santos.
Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de
adolescentes / Nadyelle Elias Santos Alencar. -- 2018.
117 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação
em Enfermagem, 2018.
"Orientação : Profa. Dr a . Grazielle Roberta Freitas da Silva."
Bibliografia

1. Qualidade de Vida. 2. Baixo Rendimento Escolar. 3. Adolescente. I.
Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 370.71

Elaborado por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

NADYELLE ELIAS SANTOS ALENCAR

Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 14 de dezembro de 2018

Banca Avaliadora:

Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva - Presidente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes - Examinador Externo
Instituição: Universidade Norte do Paraná - UNOPAR

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia - Examinadora Interna
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Profa. Dra. Ana Roberta Vilarouca da Silva - Suplente
Universidade Federal do Piauí - UFPI

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Deus.

Por tornar esse sonho possível e por me fazer merecedora de tal conquista.

A trajetória do Mestrado não foi fácil e chegar até aqui me enche de orgulho e gratidão.

Gratidão pela minha Vida.

Gratidão pela vida dos meus Pais, Antônio Elias e Rita Pessoa.

Gratidão pela Família que me dá suporte, me apoia, me incentiva e me inspira.

Gratidão à UFPI pelas oportunidades que tive desde a Graduação.

Gratidão às amigadas que tornaram essa trajetória mais leve e prazerosa.

Gratidão à minha orientadora Grazielle Roberta pela paciência, apoio e compreensão.

Gratidão ao IFMA por todo o suporte.

Gratidão ao José Cardoso e ao Rafael Pereira pela generosidade.

Gratidão aos queridos companheiros da Coordenadoria de Assuntos Estudantis.

Gratidão aos alunos do IFMA, aos quais dedico esta dissertação, por participarem deste estudo.

Nenhuma conquista é solitária.

E essa, sobretudo, foi cercada de pessoas obstinadas a fazer dar certo.

Gratidão pela vida de todos que foram sustentação para que este sonho se tornasse realidade.

“Happy people learn best.”

“Happy people behave best.”

Nell Noddings

RESUMO

O adolescente, por características próprias da fase, está exposto a riscos capazes de interferir na sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e limitar suas perspectivas futuras. Nesse sentido, além de comprometer a saúde, estudos recentes elucidam que a QVRS pode influenciar ou até mesmo definir as características escolares dos adolescentes. Desse modo, objetiva-se relacionar a QVRS com o Rendimento Acadêmico (RA) de adolescentes no contexto de variáveis sociodemográficas, atributos familiares, hábitos, comportamentos e questões de saúde. Trata-se de um estudo transversal correlacional realizado em dois Campi de um Instituto Federal de Ensino. Participaram da pesquisa, 289 adolescentes. Foram excluídos os alunos que, no período da coleta dos dados, tiveram a matrícula cancelada ou trancada, foram transferidos, jubilados ou evadiram da escola. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2018 e envolveu a utilização de três instrumentos: KIDSCREEN-52; instrumento para caracterização do participante e; formulário para registro dos dados escolares. Os dados foram tabulados em planilha eletrônica Microsoft Office Excel e analisados no programa IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. Para caracterização da população foi feito um estudo descritivo analítico da amostra. No intuito de identificar quais variáveis influenciaram de modo significativo a QVRS dos adolescentes, foi realizada uma análise de regressão multinomial. A correlação entre as duas variáveis numéricas, QVRS e RA, foi estabelecida pela Correlação de Spearman, uma vez que, o teste Kolmogorov-Smirnov comprovou o padrão de distribuição assimétrico. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. O estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (parecer nº 2.445.803). A análise do perfil dos participantes revelou média de idade de 16,1 anos (DP \pm 0,96), sendo 173 do sexo feminino e 116 do sexo masculino. Em relação à composição familiar, 54,7% possuem estrutura familiar do tipo nuclear (pai e mãe) e a renda familiar foi de até 2 salários mínimos para 71,3% dos adolescentes. A boa QVRS esteve associada às seguintes variáveis: idade de até 15 anos (p-valor: 0,021); sexo masculino (p-valor: 0,002); família com mais de quatro componentes (p-valor: 0,012); pai como chefe da família (p-valor: 0,007); prática frequente de atividade física (p-valor: 0,000); satisfação com o peso (p-valor: 0,000) e; satisfação com o sono (p-valor: 0,000). No que diz respeito às variáveis escolares, observou-se Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) médio de 7,68. Foram identificadas correlações do IRA com duas dimensões da QV: autonomia e tempo livre (correlação negativa) e ambiente escolar (correlação positiva). O estudo traz contribuições importantes para a saúde escolar no que tange à necessidade de discutir e estimular o equilíbrio entre as características escolares e as dimensões da qualidade de vida de adolescentes. Ademais, reforça a necessidade de medidas interventivas que possam identificar desvios na qualidade de vida e propor mudanças.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Baixo Rendimento Escolar; Adolescente.

ABSTRACT

The adolescent, by characteristics of the phase, is exposed to risks that may interfere with his Health-Related Quality of Life (HRQoL) and limit his future perspectives. In this sense, in addition to compromising health, recent studies elucidate that HRQoL can influence or even define the school characteristics of adolescents. Thus, the objective is to relate the HRQoL to the Academic Performance (AP) of adolescents in the context of sociodemographic variables, family attributes, habits, behaviors and health issues. This is a cross-sectional correlational study carried out in a Federal Institute of Education. A total of 289 adolescents participated in the study. Students who, during the data collection period, had their enrollment canceled or locked, were transferred, retired or evaded from school. Data collection occurred between May and August 2018 and involved the use of three instruments: KIDSCREEN-52; instrument for characterization of the participant; form for recording official school records. The data was tabulated in Microsoft Office Excel and analyzed in the IBM Statistical Package for Social Sciences program version 20.0. A descriptive analytical study of the sample was carried out to characterize the population. In order to identify which variables significantly influenced the HRQoL of adolescents, a multinomial regression analysis was performed. The correlation between the two numerical variables, HRQoL and AP, was established by Spearman's correlation, since the Kolmogorov-Smirnov test proved the asymmetric distribution pattern. The level of significance was $\alpha = 0.05$. The study was submitted to the evaluation and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí (n° 2.445.803). The analysis of the participants' profile revealed a mean age of 16.1 years ($SD \pm 0.96$), of which 173 were female and 116 were male. Regarding family composition, 54.7% had nuclear family structure (father and mother) and family income was up to 2 minimum wages for 71.3% of adolescents. Good HRQoL was associated with the following variables: age up to 15 years (p-value: 0.021); male sex (p-value: 0.002); family with more than four components (p-value: 0.012); father as head of the family (p-value: 0.007); frequent practice of physical activity (p-value: 0.000); satisfaction with weight (p-value: 0.000) and; satisfaction with sleep (p-value: 0.000). Regarding the school variables, the mean Academic Performance Index (API) was 7.68. Correlations of API with two dimensions of HRQoL were identified: autonomy and free time (negative correlation) and school environment (positive correlation). The study brings important contributions to school health regarding the need to discuss and stimulate the balance between school characteristics and the dimensions of quality of life of adolescents. In addition, it reinforces the need for intervention measures that can identify deviations in the quality of life and propose changes.

Keywords: Quality of Life; Underachievement; Adolescent.

RESUMEN

El adolescente, por características propias de la fase, está expuesto a riesgos capaces de interferir en su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y limitar sus perspectivas futuras. En este sentido, además de comprometer la salud, estudios recientes elucidan que la QVRS puede influenciar o incluso definir las características escolares de los adolescentes. De este modo, se objetiva relacionar la CVRS con el Rendimiento Académico (RA) de adolescentes en el contexto de variables sociodemográficas, atributos familiares, hábitos, comportamientos y cuestiones de salud. Se trata de un estudio transversal correlacional realizado en un Instituto Federal de Enseñanza. Participaron en la investigación, 289 adolescentes. Se excluyeron a los alumnos que, en el período de la recolección de los datos, tuvieron la matrícula cancelada o encerrada, fueron transferidos, jubilados o evadidos de la escuela. La recolección de los datos ocurrió entre los meses de mayo a agosto de 2018 e involucró la utilización de tres instrumentos: KIDSCREEN-52; instrumento para la caracterización del participante; formulario para registro de los datos escolares. Los datos fueron tabulados en el Microsoft Office Excel y analizados en el programa IBM Statistical Package for the Social Sciences versión 20.0. Para caracterización de la población se realizó un estudio descriptivo analítico de la muestra. Con el fin de identificar qué variables influenciaron de modo significativo la QVRS de los adolescentes, se realizó un análisis de regresión multinomial. La correlación entre las dos variables numéricas, CVRS y RA, fue establecida por la Correlación de Spearman, ya que la prueba Kolmogorov-Smirnov comprobó el patrón de distribución asimétrico. El nivel de significancia adoptado fue de $\alpha = 0,05$. El estudio fue sometido a la apreciación y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí (n° 2.445.803). El análisis del perfil de los participantes reveló un promedio de edad de 16,1 años ($DP \pm 0,96$), siendo 173 del sexo femenino y 116 del sexo masculino. En cuanto a la composición familiar, el 54,7% posee estructura familiar del tipo nuclear (padre y madre) y el ingreso familiar fue de hasta 2 salarios mínimos para el 71,3% de los adolescentes. La buena CVRS estuvo asociada a las siguientes variables: edad de hasta 15 años (p-valor: 0,021); sexo masculino (p-valor: 0,002); familia con más de cuatro componentes (p-valor: 0,012); padre como jefe de familia (p-valor: 0,007); práctica frecuente de actividad física (p-valor: 0,000); satisfacción con el peso (p-valor: 0,000) y; satisfacción con el sueño (p-valor: 0,000). En lo que se refiere a las variables escolares, se observó un Índice de Rendimiento Académico (IRA) medio de 7,68. Se identificaron correlaciones del IRA con dos dimensiones de la CVRS: autonomía y tiempo libre (correlación negativa) y ambiente escolar (correlación positiva). El estudio trae contribuciones importantes para la salud escolar en lo que se refiere a la necesidad de discutir y estimular el equilibrio entre las características escolares y las dimensiones de la calidad de vida de los adolescentes. Además, refuerza la necesidad de medidas interventivas que puedan identificar desvíos en la calidad de vida y proponer cambios.

Palabras clave: Calidad de Vida; Rendimiento Escolar Bajo; Adolescente.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Levantamento de artigos por base de dados, exclusão de duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão 27
- Figura 2** – Aplicação do recurso de busca reversa para ampliação da amostra 28
- Figura 3** – Fórmula para cálculo do Índice de Rendimento Acadêmico 37
- Figura 4** – Modelo conceitual do KIDSCREEN 38

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, por dimensão do KIDSCREEN-52. MA, 2018. 49
- Gráfico 2** – Gráfico de dispersão da dimensão Autonomia e tempo livre do KIDSCREEN-52 por rendimento acadêmico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. 117
- Gráfico 3** – Gráfico de dispersão da dimensão Ambiente escolar do KIDSCREEN-52 por rendimento acadêmico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. 117

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Descritores controlados, descritores não controlados e estratégias de busca 26
- Quadro 2** - Distribuição dos artigos segundo autor, ano, título, tipo de estudo, país e instrumentos utilizados 29
- Quadro 3** - Síntese do conhecimento por categoria discursiva 30
- Quadro 4** – Definição e interpretação das dimensões do KIDSCREEN-52 39
- Quadro 5** – Distribuição das variáveis quanto ao tipo e forma de medida 41

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 44 |
| Tabela 2 – Características familiares dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 45 |
| Tabela 3 – Hábitos, comportamentos e questões de saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 47 |
| Tabela 4 – Doença, deficiência ou problema médico crônico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 48 |
| Tabela 5 – Variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 51 |
| Tabela 6 – Características acadêmicas dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 52 |
| Tabela 7 – Matriz de correlação de Spearman das dimensões do KIDSCREEN-52 por índice de rendimento dos adolescentes. Pedreiras e Grajaú - MA, 2018. | 54 |
| Tabela 8 – Distribuição da Dimensão 1: Saúde e Atividade Física dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 108 |
| Tabela 9 – Distribuição da Dimensão 2: Sentimentos dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 109 |
| Tabela 10 – Distribuição da Dimensão 3: Estado Emocional dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 110 |
| Tabela 11 – Distribuição da Dimensão 4: Autopercepção dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 111 |
| Tabela 12 – Distribuição da Dimensão 5: Autonomia e Tempo Livre dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 112 |
| Tabela 13 – Distribuição da Dimensão 6: Família/Ambiente dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 113 |
| Tabela 14 – Distribuição da Dimensão 7: Aspectos Financeiros dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 114 |
| Tabela 15 – Distribuição da Dimensão 8: Amigos e Apoio Social dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 114 |
| Tabela 16 – Distribuição da Dimensão 9: Ambiente Escolar dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. | 115 |

Tabela 17 – Distribuição da Dimensão 10: Provocação/Bullying dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018. 116

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

| | |
|--------|--|
| ASC | <i>Academic and School Competence Scale</i> |
| CEFET | Centro Federal de Educação Tecnológica |
| CF | Constituição Federal do Brasil |
| IDEB | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IFMA | Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Maranhão |
| INEP | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira |
| IRA | Índice de Rendimento Acadêmico |
| MS | Ministério da Saúde |
| OCDE | Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PISA | Programa Internacional de Avaliação de Estudantes |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua |
| PNAE | Programa Nacional de Assistência Estudantil |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| QV | Qualidade de Vida |
| QVRS | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde |
| RA | Rendimento Acadêmico |
| SLSS | <i>Students' Life Satisfaction Scale</i> |
| SUAP | Sistema Unificado de Administração Pública |
| SWLS | <i>Satisfaction With Life Scale</i> |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 | Contextualização do problema | 14 |
| 1.2 | Objetivos | 17 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 2.1 | Ações de saúde na escola e sua relação com a qualidade de vida e sucesso escolar na adolescência | 18 |
| 2.2 | Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes: revisão integrativa | 26 |
| 3 | METODOLOGIA | 36 |
| 3.1 | Tipo de estudo | 36 |
| 3.2 | Local de estudo | 36 |
| 3.3 | Participantes | 37 |
| 3.4 | Instrumentos para coleta de dados | 37 |
| 3.5 | Procedimentos para coleta de dados | 41 |
| 3.6 | Quadro de variáveis | 42 |
| 3.7 | Análise dos dados | 43 |
| 3.8 | Questões éticas | 44 |
| 4 | RESULTADOS | 45 |
| 4.1 | Perfil do adolescente e características familiares | 45 |
| 4.2 | Hábitos, comportamentos e questões de saúde | 48 |
| 4.3 | Qualidade de vida relacionada à saúde | 49 |
| 4.4 | Fatores associados à boa qualidade de vida | 51 |
| 4.5 | Caracterização acadêmica dos adolescentes | 53 |
| 4.6 | Correlação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico | 54 |
| 5 | DISCUSSÃO | 56 |
| 5.1 | Análise discursiva do perfil e padrão de comportamento dos adolescentes | 56 |
| 5.2 | Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados | 61 |
| 5.3 | Relação entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico de adolescentes | 70 |
| 6 | CONCLUSÃO | 73 |
| | REFERÊNCIAS | 75 |
| | APÊNDICE A – Instrumento para a caracterização do adolescente | 86 |
| | APÊNDICE B – Instrumento para registro dos dados escolares | 89 |
| | APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 90 |
| | APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido | 92 |
| | APÊNDICE E – Carta de Anuência da Instituição Participante | 94 |
| | APÊNDICE F – Registro para utilização do KIDSCREEN-52 | 95 |
| | APÊNDICE G – Autorização para uso da versão brasileira do KIDSCREEN-52 | 96 |
| | ANEXO A – KIDSCREEN-52: Qualidade de vida relacionada à saúde- questionário para jovens | 97 |
| | ANEXO B – Parecer substanciado do comitê de ética e pesquisa | 105 |
| | ANEXO C - Resultados detalhados | 108 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A população de adolescentes e jovens no mundo atingiu um número sem precedentes, cerca de 1,8 bilhões de pessoas possuem idade entre 10 e 24 anos (UNFPA, 2014). No Brasil, aproximadamente 36,9% da população encontra-se na faixa etária correspondente à adolescência, de 10 a 19 anos (BRASIL, 2017).

Entendida como uma fase de transição, a adolescência é marcada por intensas transformações não apenas de ordem física, como também mental e social. É tempo de desafios, descobertas, inserção social e autoafirmação entre os pares (MOREIRA et al., 2015). Além disso, é uma jornada repleta de riscos e vulnerabilidades. É durante a passagem da infância para a vida adulta que o indivíduo se distancia da família e passa a construir a sua própria identidade como ser social. Nesse momento, o adolescente incorpora novos papéis e vivencia experiências únicas que tanto podem potencializar o seu desenvolvimento como comprometer o seu projeto de vida (UNFPA, 2016).

No que tange às questões de saúde, historicamente, admite-se que os adolescentes têm recebido menor atenção pelas políticas públicas em todo o mundo (LEVIN, 2012). No intuito de intervir nesta realidade, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve - por meio de políticas nacionais - ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens. Nesse sentido, almeja-se, além da redução das principais doenças e agravos, contribuir para a Qualidade de Vida (QV) de cerca de 51,4 milhões de adolescentes (BRASIL, 2017).

O termo QV é amplo e multifacetado, foco de estudo de diversas ciências. Em detrimento disto, observa-se a falta de consenso conceitual. Em alguns contextos é tida como sinônimo de saúde, enquanto outros veem a saúde apenas como um componente desta. O certo é que a QV é inconstante e a sua avaliação reflete a subjetividade particular de cada ser (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), a QV é entendida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). Por ser uma definição bastante difundida e aceita por pesquisadores das Ciências da Saúde, o presente estudo será norteado pela definição de QV estabelecida pela OMS.

No contexto das Ciências da Saúde, surge um conceito mais específico que avalia a forma com que a saúde afeta a QV – a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), (KARIMI; BRAZIER, 2016). A QVRS ou saúde percebida está diretamente vinculada à adoção de hábitos saudáveis, principalmente no que concerne aos comportamentos alimentares e à prática de atividade física (MUROS et al., 2017).

A investigação da QV no âmbito das pesquisas em saúde encontra-se em crescente expansão. Entretanto, apesar da relevância, é pouco estudada na população adolescente. O estudo da temática ganhou maior aderência a partir da última década e o Brasil é o segundo país que mais investiga o assunto, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América (AZEVEDO; ALVES, 2016). Ademais, a maior parte dos estudos investiga a QVRS em adolescentes doentes crônicos, no ambiente hospitalar ou ambulatorial. Assim, pouco se conhece a respeito das flutuações naturais da QV durante essa fase da vida (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018).

Na adolescência, as representações sociais sobre a QV são influenciadas pelos desejos, curiosidades e prazeres próprios desta fase da vida. Assim, ter uma alimentação adequada, praticar atividade física, possuir estabilidade financeira e vida sexual saudável são, para adolescentes, núcleos centrais da QV (MOREIRA et al., 2015). Além disso, apresentam melhor avaliação da QV: adolescentes mais jovens, do sexo masculino (BENINCASA et al., 2015), com relacionamento familiar harmonioso (HESS; TEODORO; FALCKE, 2013), suporte social adequado (RÜPPEL; LIERSCH; WALTER, 2015) e experiências escolares exitosas (SIDALL; HUEBNER; JIANG, 2013).

Por outro lado, interferem negativamente na QV desse grupo populacional: fatores relacionados ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (NATALUCCI et al., 2017), baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade materna (RÜPPEL; LIERSCH; WALTER, 2015), sexo feminino, excesso de peso, insatisfação com o corpo (PALUDO; DALPUBLE, 2015), padrão de sono inadequado (PAIVA; GASPAR; MATOS, 2015), ser amedrontado pelos pares, sentir-se estressado ou sob pressão e isolamento social (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014), além da adoção de comportamentos de risco (sexo inseguro, uso e abuso de substâncias psicoativas e violência) (RUNTON; HUDAK, 2016).

Assim, admite-se que o adolescente, por características próprias da fase, é exposto a riscos capazes de interferir na sua qualidade de vida e limitar suas perspectivas futuras. Nesse sentido, além dos danos físicos que comprometem a saúde, estudos recentes elucidam que a QVRS pode influenciar ou até mesmo definir as características escolares dos adolescentes.

Logo, quanto maior o índice de qualidade de vida, maiores serão o engajamento e o rendimento em sala de aula (LYONS; HUEBNER, 2016) (CHAU et al., 2016).

O Rendimento Acadêmico (RA) é um processo psicossocial que mede o progresso do aluno (GAXIOLA; ARMENTA, 2016), reflete o conjunto de habilidades adquiridas durante a vida escolar (RIBEIRO; FREITAS, 2018) e é influenciado por múltiplas variáveis: biológicas, cognitivas, emocionais, socioeconômicas, familiares e culturais. Ademais, demandas relacionadas à saúde são capazes de elevar o rendimento na escola, tais como: prática de atividade física, nutrição adequada, sono e repouso satisfatórios e saúde emocional (MICHAEL et al, 2015).

A intersectorialidade entre saúde e educação é elucidada e defendida por políticas públicas em todo o mundo. A ação articulada entre esses dois campos do conhecimento objetiva a promoção da saúde e QV, bem como o enfrentamento de vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento escolar (BRASIL, 2009a). No entanto, pouco tem sido discutido sobre a relação entre QV e RA na adolescência, com concentração de estudos conduzidos em países desenvolvidos, a exemplo dos Estados Unidos da América (LYONS; HUEBNER, 2016), Inglaterra (PROCTOR; LINLEY; MALTBY, 2010) e China (SHEK; LI, 2016).

Baseado no exposto, infere-se que há necessidade de ampliar a discussão sobre a temática, sobretudo em países mais pobres ou menos desenvolvidos. Nesse contexto, o presente estudo almeja investigar a relação existente entre a QVRS e o RA de adolescentes, no contexto de variáveis sociodemográficas, atributos familiares, hábitos, comportamentos e questões de saúde.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- ❖ Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de estudantes adolescentes, sua correlação com o rendimento acadêmico e associações com variáveis sociodemográficas, atributos familiares, hábitos de vida, comportamentos e questões de saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- ❖ Caracterizar os adolescentes quanto ao perfil sociodemográfico, atributos familiares, hábitos, comportamentos e questões de saúde;
- ❖ Mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes;
- ❖ Listar os fatores associados à boa qualidade de vida;
- ❖ Identificar as características acadêmicas dos adolescentes;
- ❖ Correlacionar a qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico da presente dissertação foi construído em duas seções: a primeira, discute a saúde escolar como estratégia para melhoria da qualidade de vida e sucesso escolar; a segunda, refere-se à uma revisão integrativa da literatura construída com o objetivo de identificar o estado atual do conhecimento sobre a relação existente entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico de adolescentes.

2.1 Ações de saúde na escola e sua relação com a qualidade de vida e sucesso escolar na adolescência

2.1.1 O despontar das ações de saúde na escola

O movimento da saúde escolar teve início na Alemanha durante o século XVIII e foi influenciado pelo pensamento político e econômico vigente na época. Assim, o modelo proposto pelo médico alemão Johann Peter Frank, considerado o pai da saúde escolar, tinha como característica a polícia médica (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Nesse sentido, os primórdios da saúde escolar estiveram associados ao controle coercivo do Estado sobre os problemas sanitários. O intuito era assegurar o bem-estar e defender os interesses gerais da nação mesmo que para isso fosse necessário contrariar interesses individuais (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Da Alemanha, o movimento expandiu-se para outros países do continente europeu e para os Estados Unidos da América (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Em relação à América latina, as ações de saúde escolar iniciaram na Argentina, em 1881 (BATTOLLA; BORTZ, 2007), e chegaram ao Brasil em 1890, na cidade de São Paulo. Entretanto, a instituição dos serviços escolares no país só aconteceu no século seguinte: Rio de Janeiro (1910), São Paulo (1911). Nesse período, médicos passaram a definir regras de funcionamento e organização para a educação escolar, com foco na higienização das populações e consequente garantia da ordem e do progresso social. Isso porque, a escola era vista como um espaço de convívio social responsável pela manutenção e disseminação das epidemias vigentes na época, as quais fizeram milhares de vítimas (ZUCOLOTO, 2007).

No contexto histórico-social do Brasil cafeeicultor, a cultura do café estimulou a imigração e, como consequência desta, o país viveu uma intensa crise na saúde pública. As

sucessivas epidemias (varíola, febre amarela) e a alta incidência de doenças como tuberculose, hanseníase e sífilis elevaram a mortalidade e comprometeram as atividades de comércio exterior do país. O quadro nosológico da época, além de interferir na saúde da população, gerou impacto na economia do país (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Nessa perspectiva, a saúde escolar no Brasil deslocou o foco da lógica biomédica para os ideais da promoção da saúde, já que, tendo em vista o processo de industrialização e as epidemias que marcaram a segunda metade do século XIX, tornou-se emergente a necessidade de investir em melhores condições de saúde para a sociedade. À população de crianças e adolescentes, em razão das vulnerabilidades da faixa etária, foram destinadas ações específicas de higiene escolar. Alinhada aos princípios da promoção da saúde no ambiente escolar, no século XX, foi criada a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, que apresentava como conceito-chave a articulação entre os setores da saúde, educação e sociedade (CHRISTMANN; PAVÃO, 2015).

A promoção da saúde possui como foco o processo saúde-doença e, mais precisamente, os determinantes desse processo. Logo, promover a saúde é atuar na identificação dos riscos, de modo a criar mecanismos para a redução das situações de vulnerabilidade. Admitem-se como determinantes da saúde: violência, desemprego, saneamento básico, habitação, educação, dentre outros (BRASIL, 2010). Entende-se, portanto, que a saúde é determinada e condicionada por diversos fatores, a educação é um deles. Assim, o cuidado à saúde recai também sobre a escola (CHRISTMANN; PAVÃO, 2015).

Ressalta-se que saúde e educação são direitos garantidos pela Constituição Federal do Brasil (CF), desde 1988 (BRASIL, 2016b). Além disso, diversos órgãos internacionais, com destaque para a OMS e Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), defendem a importância da articulação entre as ações de saúde e educação para a conquista da qualidade de vida pela população (CARVALHO, 2015).

Nesse sentido, no contexto da reformulação das políticas de saúde para a Atenção Básica, em 2007, por meio do Decreto nº 6.286, foi instituído no Brasil o Programa Saúde na Escola (PSE) (CHRISTMANN; PAVÃO, 2015). O PSE possui a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Dentre outros objetivos, o PSE almeja “fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar”. Assim, entende-se que as questões de saúde podem interferir no desempenho escolar e limitar as expectativas futuras dos estudantes (BRASIL, 2007).

A saúde na escola se dá por meio do raciocínio crítico, identificação de problemas e disposição para mudança. Desse modo, os profissionais da saúde, em articulação com o setor pedagógico, atuam sob duas perspectivas. A primeira remete à detecção de uma enfermidade aguda ou crônica que, por alterar o bem-estar físico e mental do estudante, interfere na aprendizagem. A segunda, à análise dos determinantes da saúde, ou seja, a forma como o contexto social, familiar e ambiental do aluno pode afetar o seu rendimento acadêmico (CHRISTMANN; PAVÃO, 2015).

Em relação à atuação dos profissionais de saúde na escola, destacam-se as atividades do serviço de saúde (médico e enfermeiro) e do serviço de aconselhamento social e psicológico. O serviço de saúde reduz o absenteísmo escolar e melhora o desempenho escolar por meio das ações emergenciais, de primeiros socorros, do manejo de problemas de visão, da promoção da saúde bucal e manejo de condições crônicas (asma, obesidade, diabetes, epilepsia). Enquanto os serviços de aconselhamento social e psicológico são importantes para o sucesso do aprendizado ao discutir temas como: comportamento escolar, relação com colegas, habilidades de estudo, problemas familiares, uso de drogas, sexualidade, atenção e hiperatividade (MICHAEL et al., 2015).

Entende-se, portanto, que a escola é considerada espaço fecundo para a produção de saúde, na promoção de hábitos saudáveis e eliminação de todas as formas de preconceito. A pedagogia adotada deve priorizar não apenas o aprendizado, mas o completo desenvolvimento de crianças e adolescentes, com articulação entre docentes e profissionais de saúde na identificação de prioridades e delimitação dos temas transversais a serem discutidos. Desse modo, a relação entre saúde e educação preza, sobretudo, pela QV e aprendizado da criança e adolescente em idade escolar (VIEIRA et al, 2017).

2.1.2 O estudo da qualidade de vida e sua relação com a saúde

A QV tem sido tópico de discussão global e é tida, para muitos pesquisadores, como sinônimo de felicidade, satisfação, equilíbrio, bem-estar ou padrão de vida (GIMENES; SILVA, 2017). Entretanto, não há consensos. A dificuldade em se padronizar um termo reflete na sua, também complexa, definição (KASHCHUK; TIMOFEEVA, 2016). Destaca-se que, antes do surgimento do termo QV, o seu conceito (como sinônimo de bem-estar) já era discutido, inclusive no contexto das pesquisas de saúde (SALVADOR-CARULLA et al., 2014).

A discussão sobre o bem-estar acompanha a história da humanidade e é objeto de especulação filosófica nos campos da religião, ética e política. Na antiguidade, figuras míticas tinham sua imagem associada à felicidade. A exemplo de Kairos, o deus grego dos momentos felizes, que se movia silenciosamente entre as pessoas e, por isso, era difícil de ser alcançado. No campo filosófico, a eudaimonia defendia que a felicidade habitava a alma humana; já o estoicismo, condicionava a conquista da felicidade a fatores externos como saúde, alimentação, abrigo e liberdade. No período do Renascimento, entendia-se que a felicidade só seria alcançada por meio da unificação do corpo com Deus (após a morte) e, no ocidente moderno, deixou de ser entendida como um presente divino para tornar-se um direito humano (DRAKULIĆ, 2012).

Desse modo, entende-se que as raízes do termo “qualidade de vida” são bastante antigas, a ela são atribuídas duas origens: oriental e ocidental. No oriente, a filosofia chinesa e o equilíbrio entre as forças Yin e Yang faziam referência ao conceito de QV e; no ocidente, a expressão foi inicialmente relacionada à felicidade e satisfação pessoal (GORDIA et al., 2011).

O despontar dos estudos sobre a temática deu-se no contexto pós-II Guerra Mundial e, de início, foi foco de debate das Ciências Econômicas. Nessa época, pesquisadores defendiam que o bem-estar das nações (abalado pelas sucessivas guerras) estaria condicionado ao aumento do poder aquisitivo e, portanto, ao progresso socioeconômico. Entretanto, essa concepção não tardou a ser derrubada (GAMBOA-BERNAL; ECHARTE-ALONSO, 2016).

Na década de 60, o então presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, contestou a ideia de que os balanços financeiros nivelam o bem-estar das populações. Em seu discurso político, o presidente mencionou, pela primeira vez, que a QV oferecida à população deveria ser foco de discussão (GORDIA et al., 2011). A fala de Lyndon Johnson foi o despertar para novas investigações e, desde então, o termo QV, que surgiu no contexto econômico, teve o seu uso também empregado em outros setores.

No âmbito das Ciências Médicas, o termo foi citado pela primeira vez, em 1960, na avaliação de pacientes com problemas renais. Ressalta-se que o estudo da QV não é campo exclusivo das Ciências Médicas, por isso, no intuito de reduzir as influências de outras áreas, alguns pesquisadores adotam o termo QVRS (SALVADOR-CARULLA et al., 2014).

A QVRS ou saúde percebida avalia como o bem-estar individual pode ser afetado por uma doença, deficiência ou desordem. É a autoavaliação que o indivíduo faz sobre o seu estado de saúde atual em comparação às suas expectativas pessoais sob a influência de fatores externos, como a duração ou severidade da doença e o nível de suporte social ou familiar recebido (FARIA et al., 2015).

Em decorrência do seu uso disseminado, em diferentes áreas e contextos, o termo QV assume significados diversos. Assim, seria contraditório determinar um conceito único e preciso para caracterizar uma expressão tão flexível e rica de significados. O conceito de QV não é, portanto, homogêneo. E nem precisaria ser. Viver com qualidade não é apenas ter saúde, um bom emprego, uma vida equilibrada ou feliz. Ter QV é exatamente a articulação de todos os seus conceitos que não se limitam ao indivíduo, se estendem à coletividade. Seja na promoção do bem-estar individual ou na garantia de políticas públicas, é exatamente a articulação de todas essas definições que clarificam o que vem a ser QV (GIMENES; SILVA, 2017).

De fato, a única concordância que parece existir é a de que a QV é composta por aspectos objetivos e subjetivos, respeita a multidimensionalidade dos sujeitos e possui dimensões positivas e negativas (GORDIA et al., 2011). As características objetivas e subjetivas dão equilíbrio a esse termo tão amplo, complexo e volúvel. O julgamento objetivo da QV refere-se ao conjunto de fatores essenciais à vida no ambiente físico e social, enquanto a subjetividade do termo é obtida através da autoavaliação que cada indivíduo faz do conjunto de elementos que ele valoriza (COSTA, 2016). Em relação às dimensões, a QV envolve múltiplos aspectos: emocionais, sociais, físicos, cognitivos, espirituais, laborais, dentre outros (FARIA et al., 2015).

O conceito mais disseminado, e o adotado por este estudo, é o estabelecido pelo grupo de estudos da OMS que define QV como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito multidimensional e estabelece que o nível de satisfação pessoal, o contexto social e as características ambientais afetam o estado de saúde de uma população. Assim, a QV é influenciada pelas relações do ser com seus objetivos e grau de satisfação pessoal, pelo contexto cultural em que vive, pelo suporte social que recebe, e pelas vulnerabilidades ambientais ao qual é exposto (WHO, 1997).

Ressalta-se, no entanto, que apesar do estudo da QV ter despontado como importante campo de investigação nas últimas décadas (GORDIA et al., 2011), as discussões sobre a temática, no âmbito da adolescência, encontram-se em estágio inicial (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014). A análise da literatura traz relações entre a QVRS de adolescentes e variáveis econômicas e sociodemográficas (sexo, etnia, cor da pele, idade, renda familiar, status laboral e escolaridade materna) (PALUDO; DALPUBLE, 2015) (MAZUR; MALKOWSKA-SZKUTNIK; TABAK, 2014) (RÜPPEL; LIERSCH; WALTER, 2015). Além disso, comportamentos de risco assumidos durante essa etapa da vida também interferem na QVRS,

tais como: comportamento sexual relacionado a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis, uso de álcool, tabaco e outras drogas, hábito alimentar insatisfatório, inatividade física (RUNTON; HUDAK, 2016).

2.1.3 Educação básica, avaliação da qualidade e rendimento acadêmico

No decorrer do século XIX e início do século XX, a educação passou por um longo trajeto de democratização no qual o sistema de ensino público e obrigatório pretendia alcançar toda a população (LIMA; VIVIANI, 2015). No Brasil, essa renovação pedagógica deu-se a partir da década de 1920, quando a escola abandonou o caráter disciplinador e autoritário para se tornar um espaço de acolhimento. Nesse sentido, as demandas educacionais passaram por mudanças ao longo dos anos, sobretudo para o melhor entendimento dos fatores capazes de determinar o sucesso/insucesso escolar (MICHAEL et al, 2015).

O interesse em debater dados relativos ao rendimento acadêmico despontaram nas primeiras décadas do século XX. Diante do processo de democratização da educação, as escolas passaram a receber um número cada vez maior e mais heterogêneo de estudantes. Assim, emergiram novas dificuldades no que diz respeito às elevadas taxas de reprovação, evasão escolar e baixo rendimento dos alunos (LIMA; VIVIANI, 2015).

A avaliação da qualidade do ensino e do rendimento acadêmico ocorre em dois níveis de abrangência. O primeiro, mais amplo, destina-se à orientação de políticas públicas e avalia a qualidade do ensino segundo a escola, o município, o estado ou o país avaliado. O segundo, mais específico, discute o desempenho e rendimento individual de cada aluno (BRASIL, 2014).

No contexto da avaliação mais generalista, algumas iniciativas governamentais e de agências especializadas avaliam a qualidade do ensino, tanto nacional como internacionalmente. As mais importantes são: o Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA, na sigla em inglês); e o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (SOUZA, 2014).

O PISA é um programa internacional coordenado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) que objetiva produzir e comparar dados sobre a qualidade da educação básica ao redor do mundo. As avaliações são aplicadas em estudantes a partir do 7º ano do Ensino Fundamental na faixa etária de 15 anos, ocorrem a cada três anos e abrangem três áreas do conhecimento: leitura, matemática e ciências (BRASIL, 2015a).

O último relatório disponibilizado pelo PISA foi realizado em 2015, com a participação de 540.000 adolescentes na idade de 15 anos (de uma população de 29 milhões), em 72 países. Em relação à performance nas três áreas avaliadas, destacaram-se países asiáticos como Singapura e Japão. Apresentaram melhor avaliação, por continente: Singapura na Ásia, Nova Zelândia na Oceania, Finlândia na Europa, Tunísia na África, Canadá na América do Norte, Costa Rica na América Central e Chile na América do Sul. O Brasil encontra-se na 65ª posição, com pontuação abaixo da média (OCDE, 2018).

Outro índice bastante divulgado no Brasil é o IDEB, desenvolvido no País e divulgado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) a cada dois anos (BRASIL, 2014). Esse índice possui escore de 0 a 10 e avalia dois conceitos-chave para a qualidade da educação: o fluxo escolar e o desempenho nas avaliações (BRASIL, 2015b). Entre os anos de 2005 e 2015, observou-se o aumento do IDEB no Brasil. Por outro lado, as metas referentes às séries finais do Ensino Fundamental e do Ensino Médio não foram alcançadas. Além disso, observa-se o decréscimo do índice ao avançar das séries, ou seja, alunos do Ensino Médio apresentam pior desempenho quando comparado aos do Ensino Fundamental (BRASIL, 2016a).

A avaliação do IDEB, por unidade federativa, revelou que os melhores índices estão presentes na região centro-sul do País. São Paulo lidera o ranking tanto nas séries iniciais do Ensino Fundamental (6.4) como no Ensino Médio (4.2). No Nordeste, o Ceará é o estado com melhor posição nas séries iniciais do ensino fundamental (5º lugar-5.7) enquanto que no ensino médio destaca-se Pernambuco na 4ª colocação (4.0). O Maranhão encontra-se bem atrás, ocupando a 24ª e 21ª colocação, com índice de 4.6 e 3.3, no ensino fundamental e médio, respectivamente. No Maranhão, dentre os municípios que não atingiram a meta do IDEB para o ensino médio em 2015 estão: Grajaú e Pedreiras (BRASIL, 2016b).

Em outra perspectiva, a avaliação do rendimento dos alunos também ocorre de modo mais específico. Segundo Gaxiola e Armenta (2016), o rendimento acadêmico é um processo psicossocial que mede o progresso do aluno e, de acordo com os seus resultados, define o êxito ou fracasso escolar. Além disso, reflete o conjunto de habilidades adquiridas durante a vida escolar e denunciam lacunas de aprendizagem (RIBEIRO; FREITAS, 2018).

Existem várias teorias explicativas para o baixo rendimento acadêmico que seguem a lógica do determinismo biológico, a exemplo da craniometria que estimava a inteligência pela circunferência cerebral. De modo preponderante, acreditava-se que a inteligência era inata e cabia à escola apenas permitir o seu desenvolvimento máximo. Entretanto, outra linha de

pensamento defende que o rendimento acadêmico é um constructo multidimensional (LIMA; VIVIANI, 2015), definido por fatores intrínsecos (dinâmica escolar, políticas educacionais, interação aluno-professor) e extrínsecos (emocionais, motivacionais, sociais) ao ambiente da sala de aula (LOBO; BATISTA; DELGADO, 2015).

Em relação às características intrínsecas ao ambiente escolar, a didática do professor (método, paciência e clareza), a aptidão diante das diferentes disciplinas e aspectos socioemocionais (clima escolar) podem afetar o rendimento do aluno. Além disso, fatores físicos (localização da escola, condições de temperatura, acústica e iluminação) também podem prejudicar o desempenho escolar (MICHAEL et al, 2015) (LIMA; VIVIANI, 2015).

Em contrapartida, durante o percurso escolar, o estudante encara desafios que ultrapassam os testes e as avaliações de conhecimento (COSTA, 2016). Dentre as variáveis extrínsecas ao ambiente de ensino capazes de interferir, direta ou indiretamente, no rendimento acadêmico estão: características socioeconômicas (ex: renda), sociodemográficas (ex: cor da pele e gênero), geográficas (distribuição das oportunidades educacionais) (TAVARES JR; MONT'ALVÃO; NEUBERT, 2015), estado de saúde do aluno (LIMA; VIVIANI, 2015), problemas emocionais e de comportamento (BORBA; MARIN, 2017).

2.2 Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes: revisão integrativa ¹

A Qualidade de Vida (QV) destaca-se como importante campo de investigação, sobretudo nas últimas décadas (GORDIA et al., 2011). De modo geral, observa-se predomínio de estudos que investigam a percepção da qualidade de vida em grupos específicos, geralmente associados a algum processo patológico. Assim, pouco se sabe a respeito das oscilações naturais da QV vivenciadas durante as diferentes fases da vida, como é o caso da adolescência (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018). Nesse contexto, destaca-se que as produções científicas sobre a QV de adolescentes são recentes e encontram-se em expansão (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014).

A adolescência é mais do que um período de transição, como se costuma afirmar. Ser adolescente é realizar descobertas, vivenciar desafios e construir uma identidade enquanto ser social (MOREIRA et al., 2015). Além disso, transformações e dificuldades próprias da fase tendem a reduzir a percepção da qualidade de vida e a performance escolar (SHEK; LI, 2016).

Baseado no exposto, foi realizada uma revisão integrativa da literatura por meio da qual objetivou-se analisar qual o estado atual do conhecimento acerca da relação entre a QV e o Rendimento Acadêmico (RA) de adolescentes.

Para a construção dessa revisão integrativa, seguiram-se seis etapas: 1^a - identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; 2^a - estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; 3^a - definição das informações a serem extraídas e categorização; 4^a - avaliação dos artigos incluídos; 5^a - interpretação dos resultados; 6^a síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A presente revisão tem como tema a relação entre a QV e o RA na adolescência. Para a construção da questão de pesquisa, adotou-se a metodologia PICO: Problema (P); Interesse (I); Contexto (Co). Nesse sentido, esta revisão abordou a questão: “De que modo a qualidade de vida (P) relaciona-se ao rendimento acadêmico (I) de adolescentes (Co)?”. Os descritores controlados e não controlados e as estratégias de busca estão dispostos no Quadro 1.

¹ Artigo submetido para publicação na Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.

Quadro 1 – Descritores controlados, descritores não controlados e estratégias de busca

| | | Descritores Controlados | Descritores Não Controlados |
|--|------|--|--|
| P | DeCS | Qualidade de Vida | qualidade de vida relacionada à saúde; saúde percebida. |
| | MeSH | Quality of Life | life quality; health related quality of life; perceived health. |
| I | DeCS | Baixo Rendimento Escolar | desempenho acadêmico; desempenho escolar; rendimento acadêmico; rendimento escolar. |
| | MeSH | Academic Performance; Academic Failure; Academic Success. | academic performances; academic failures; school failures; academic successes; school performance. |
| Co | DeCS | Adolescente; Estudantes. | adolescentes; jovem; jovens; adolescência; juventude; aluno; alunos; estudante. |
| | MeSH | Adolescent; Students. | adolescents; adolescence; teens; teen; teenagers; teenager; youth; youths; student. |
| Expressão de busca Web of Science - Coleção Principal (Clarivate Analytics) | | (TS= "Adolescent") OR TÓPICO: ("adolescents") OR TÓPICO: ("adolescence") OR TÓPICO: ("teens") OR TÓPICO: ("teen") OR TÓPICO: ("teenagers") OR TÓPICO: ("teenager") OR TÓPICO: ("youth") OR TÓPICO: ("youths") OR TÓPICO: ("Students") OR TÓPICO: ("student") AND TÓPICO: ("Academic Performance") OR TÓPICO: ("academic performances") OR TÓPICO: ("Academic Failure") OR TÓPICO: ("academic failures") OR TÓPICO: (Academic Success) OR TÓPICO: ("academic successes") AND TÓPICO: ("Quality of Life") OR TÓPICO: ("life quality") OR TÓPICO: ("health related quality of life") OR TÓPICO: ("perceived health") | |
| Expressão de busca MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) | | (((((((("academic performance"[MeSH Terms]) OR academic performance[Text Word]) OR "academic failure"[MeSH Terms]) OR academic failure[Text Word]) OR "academic success"[MeSH Terms]) OR academic success[Text Word])) AND (((((((((((("adolescent"[MeSH Terms]) OR adolescent[Text Word]) OR adolescents[Text Word]) OR adolescence[Text Word]) OR teen[Text Word]) OR teens[Text Word]) OR teenagers[Text Word]) OR teenager[Text Word]) OR youth[Text Word]) OR youths[Text Word]) OR "students"[MeSH Terms]) OR students[Text Word]) OR student[Text Word])) AND (((("quality of life"[MeSH Terms]) OR quality of life[Text Word]) OR life quality[Text Word]) OR health related quality of life[Text Word]) OR perceived health[Text Word]) | |
| Expressão de busca SCOPUS (Elsevier) | | ((TITLE-ABS-KEY ("Quality of Life") OR TITLE-ABS-KEY ("life quality") OR TITLE-ABS-KEY ("perceived health") OR TITLE-ABS-KEY ("health related quality of life")) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Academic Performance") OR TITLE-ABS-KEY ("academic performances") OR TITLE-ABS-KEY ("Academic Failure") OR TITLE-ABS-KEY ("academic failures") OR TITLE-ABS-KEY ("Academic Success") OR TITLE-ABS-KEY ("academic successes"))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Adolescent") OR TITLE-ABS-KEY ("adolescents") OR TITLE-ABS-KEY ("adolescence") OR TITLE-ABS-KEY ("teen") OR TITLE-ABS-KEY ("teens") OR TITLE-ABS-KEY ("teenager") OR TITLE-ABS-KEY ("teenagers") OR TITLE-ABS-KEY ("youth") OR TITLE-ABS-KEY ("youths") OR TITLE-ABS-KEY ("Students") OR TITLE-ABS-KEY ("student")))) TITLE-ABS-KEY ("Adolescent") OR TITLE-ABS-KEY ("adolescents") OR TITLE-ABS-KEY ("adolescence") OR TITLE-ABS-KEY ("teen") OR TITLE-ABS-KEY ("teens") OR TITLE-ABS-KEY ("teenager") OR TITLE-ABS-KEY ("teenagers") OR TITLE-ABS-KEY ("youth") OR TITLE-ABS-KEY ("youths") OR TITLE-ABS-KEY ("Students") OR TITLE-ABS-KEY ("student") | |
| Expressão de busca LILACS via Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME) | | (tw:((mh:("Qualidade de Vida")) OR (tw:("qualidade de vida")) OR (tw:("qualidade de vida relacionada à saúde")) OR (tw:("saúde percebida")))) AND (tw:((mh:("Baixo Rendimento Escolar")) OR (tw:("baixo rendimento escolar")) OR (tw:("desempenho acadêmico")) OR (tw:("rendimento acadêmico")))) AND (tw:((tw:((mh:("Adolescente")) OR (tw:("Adolescentes")) OR (tw:("Jovem")) OR (tw:("Jovens")) OR (tw:("Adolescência")) OR (tw:("Juventude")) OR (tw:("Adolescente")))) OR (tw:((mh:("Estudantes")) OR (tw:("Estudante")) OR (tw:("Aluno")) OR (tw:("Alunos")))))) | |

Fonte: Dados da Pesquisa.

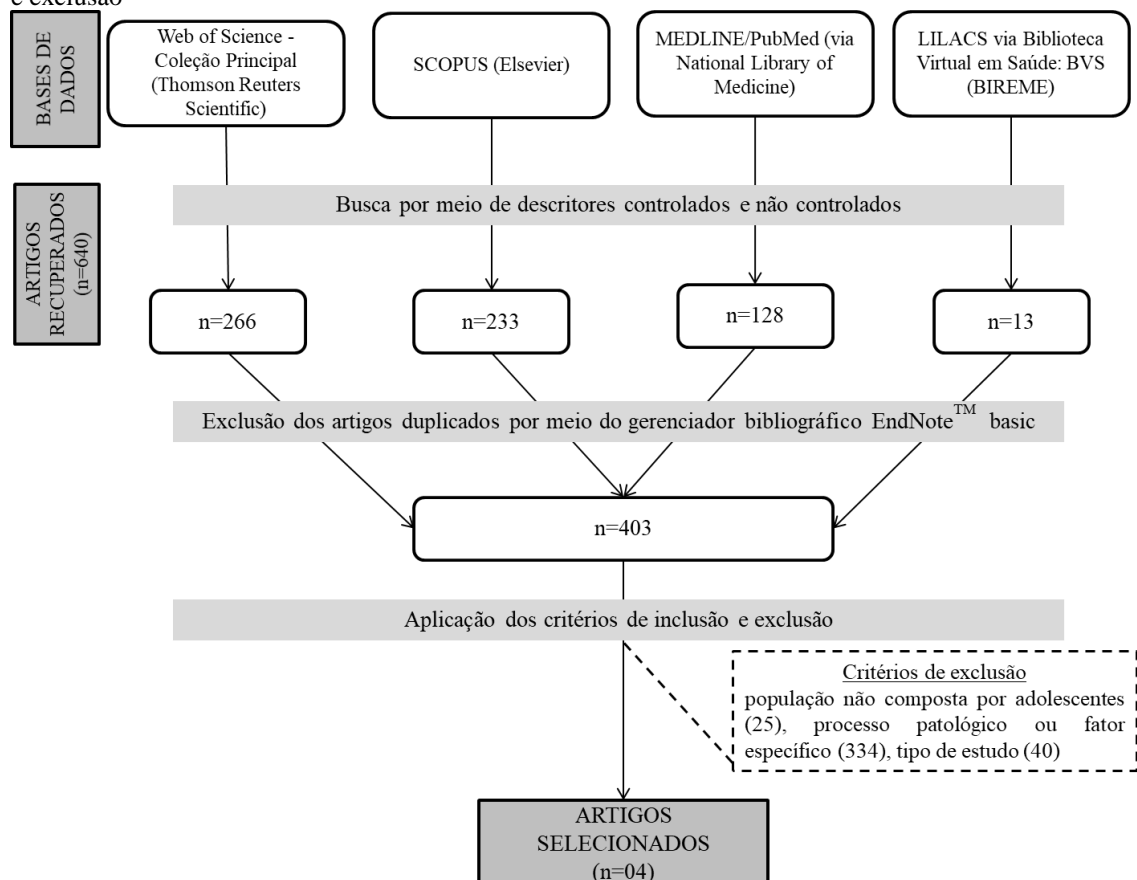
Foram incluídos os artigos primários que abordavam a temática estudada (relação entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico) e avaliavam a qualidade de vida por meio de

instrumento validado. Os critérios de exclusão foram: população do estudo não composta por adolescente, tema (artigos que abordavam a relação estudada no contexto de um processo patológico ou fator específico) e tipo de estudo (artigos de revisão, resenhas, textos publicados em anais de eventos, tese e dissertação, estudos metodológicos).

As estratégias de busca atenderam as recomendações atuais dos editores das bases de dados selecionadas: Web of Science - Coleção Principal (Thomson Reuters Scientific), SCOPUS (Elsevier), MEDLINE/PubMed (via National Library of Medicine) e LILACS via Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME). Todos os materiais foram acessados em área com Internet Protocol (IP), do portal de periódicos da CAPES, para recuperação de materiais gratuitos e pagos.

A busca foi realizada em junho de 2018. Os 640 artigos encontrados foram transportados para o gerenciador bibliográfico *EndNote™ basic* por meio do qual foram identificados e excluídos os artigos duplicados. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, quatro artigos foram selecionados (Figura 1).

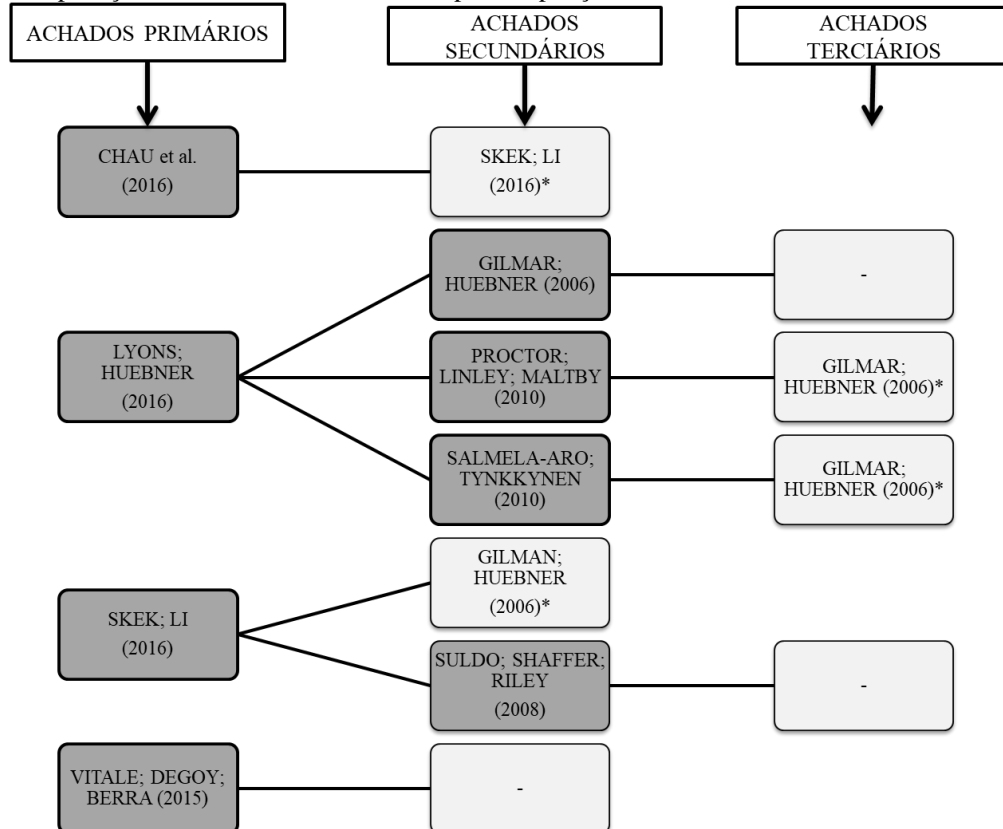
Figura 1 – Levantamento de artigos por base de dados, exclusão de duplicados e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão



Fonte: Dados da Pesquisa.

Com o intuito de ampliar a amostra obtida, foi adotado o recurso de busca reversa. Nesse sentido, as listas bibliográficas dos quatro artigos primários serviram como fonte para a localização de novos artigos que atendessem aos critérios de inclusão e exclusão (ERCOLE et al., 2013). A busca encerrou no momento em que não foram encontrados novos artigos, assim, a amostra final foi composta por oito artigos (Figura 2).

Figura 2 – Aplicação do recurso de busca reversa para ampliação da amostra



Legenda: (*) artigo já compõe a amostra; (-) nenhum artigo novo identificado.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação às informações coletadas, incluíram: autor(es), ano, título, tipo de estudo, participantes e média de idade, país, instrumentos utilizados, principais resultados, limitações e lacunas. Os dados foram organizados em duas categorias temáticas: relação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico na adolescência e; análise do conhecimento atual e identificação de lacunas. A seguir será apresentada a análise dos artigos incluídos, bem como a interpretação dos resultados e a síntese do conhecimento.

A presente revisão teve como amostra final oito artigos, publicados entre os anos de 2006 e 2016. A caracterização desses artigos encontra-se disposta no Quadro 2. Sete estudos foram publicados originalmente no idioma inglês e um em espanhol. Em relação ao país de condução, três foram realizados nos Estados Unidos da América, mas também foram

localizados artigos na Europa (Finlândia, Inglaterra e França), América do Sul (Argentina) e Ásia (China). No que concerne ao tipo de estudo, seis foram do tipo transversal. A média de idade dos participantes variou de 12.72 a 16.74 anos.

Em relação aos instrumentos para a coleta dos dados, a qualidade de vida foi avaliada, em metade dos artigos analisados, pela *Student's Life Satisfaction Scale*. Em relação à avaliação do rendimento acadêmico, metade dos artigos optou por utilizar a performance referida.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos segundo autor, ano, título, tipo de estudo, país e instrumentos utilizados

| Autores (ano) | Tipo de estudo | PARTICIPANTES (média de idade) | País | Avaliação da Qualidade de vida | Avaliação do rendimento acadêmico |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|
| SHEK; LI (2016) | Longitudinal | 2427 (15.49 anos) | China | Satisfaction With Life Scale | Academic and school competence scale |
| LYONS; HUEBNER (2016) | Transversal | 917 (12.72 anos) | Estados Unidos da América | Students' Life Satisfaction Scale | Rendimento coletado |
| CHAU et al. (2016) | Transversal | 1559 (13.5 anos) | França | WHOQOL-Bref | Rendimento referido |
| VITALE; DEGOY; BERRA (2015) | Transversal | 552 (13.9anos) | Argentina | KIDSCREEN-52 | Rendimento coletado |
| SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN (2010) | Longitudinal | 687 (15anos) | Finlândia | Satisfaction With Life Scale | Rendimento referido |
| PROCTOR; LINLEY; MALTBY (2010) | Transversal | 410 (16.74anos) | Inglaterra | Student's Life Satisfaction Scale | Rendimento referido |
| SULDO; SHAFFER; RILEY (2008) | Transversal | 321 (15.71 anos) | Estados Unidos da América | Student's Life Satisfaction Scale | Rendimento coletado |
| GILMAN; HUEBNER (2006) | Transversal | 485 (14.45 anos) | Estados Unidos da América | Student's Life Satisfaction Scale | Rendimento referido |

Fonte: Dados da Pesquisa.

A síntese do conhecimento permitiu a construção de duas categorias discursivas, dispostas a seguir (Quadro 3). A primeira delas discute os principais resultados levantados pelos artigos incluídos nesta revisão. Em seguida, estão dispostas as principais limitações dos respectivos estudos.

Quadro 3 – Síntese do conhecimento por categoria discursiva

| Relação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico na adolescência | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------|---------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Autores (Ano) | Principais resultados | | | | | | | |
| SHEK; LI (2016) | Adolescentes com pior percepção da performance escolar são mais prováveis de manifestar baixa satisfação com a vida. | | | | | | | |
| LYONS; HUEBNER (2016) | Estudantes que reportam melhor satisfação com a vida experienciam uma variedade de benefícios relacionados à escola. | | | | | | | |
| CHAU et al. (2016) | A baixa avaliação da qualidade de vida (saúde física, psicológica, relacionamento social e ambiente) esteve fortemente associada à pior performance acadêmica, absenteísmo e ideação de evadir da escola. | | | | | | | |
| VITALE; DEGOY; BERRA (2015) | O baixo rendimento acadêmico se associou à pior avaliação dos seguintes domínios: autonomia e tempo livre, amigos e apoio social, ambiente familiar e ambiente escolar. | | | | | | | |
| SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN (2010) | Alunos que possuem qualidade de vida elevada e estável ao longo dos anos são mais prováveis de apresentar melhor rendimento acadêmico. | | | | | | | |
| PROCTOR; LINLEY; MALTBY (2010) | Adolescentes com elevada satisfação com a vida reportam melhores escores nas variáveis relacionada à escola, dentre elas, o rendimento acadêmico. | | | | | | | |
| SULDO; SHAFFER; RILEY (2008) | Para estudantes, as experiências relacionadas à escola relacionam-se à satisfação global com a vida. | | | | | | | |
| GILMAN; HUEBNER (2006) | Estudantes que reportam elevada qualidade de vida apresentam experiências mais positivas relacionadas à escola em comparação aos estudantes com baixa qualidade de vida. | | | | | | | |
| Análise do conhecimento atual e identificação de lacunas | | | | | | | | |
| Autores (Ano) | SHEK; LI (2016) | LYONS; HUEBNER (2016) | CHAU et al. (2016) | VITALE; DEGOY; BERRA (2015) | SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN (2010) | PROCTOR; LINLEY; MALTBY (2010) | SULDO; SHAFFER; RILEY (2008) | GILMAN; HUEBNER (2006) |
| Limitações | | | | | | | | |
| Design Transversal | | X | X | X | | X | X | X |
| Fonte única de dados | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Amostra pouco diversificada | | X | X | | | X | X | X |
| Baixa generalização dos dados | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Baixa taxa de participação | | | | | | | X | |
| Perda de seguimento | X | | | | X | | | |
| Performance escolar referida | | | X | | X | X | | X |
| Avaliação global da qualidade de vida | X | X | | | X | X | X | X |

Fonte: Dados da Pesquisa.

A presente revisão integrativa identificou que a relação entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico ainda é pouco estudada. Além disso, observou-se a concentração de estudos realizados em países com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito elevado (UNDP, 2015). Tais fatos reduzem a capacidade de generalização dos resultados e revelam a necessidade de estudar a relação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico de adolescentes em países mais pobres ou menos desenvolvidos (SHEK; LI, 2016) (LYONS; HUEBNER, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN, 2010).

Além dos dois conceitos centrais, qualidade de vida e rendimento acadêmico, outros temas também foram discutidos: depressão, ansiedade (GILMAN; HUEBNER, 2006), (des)esperança (SHEK; LI, 2016) (GILMAN; HUEBNER, 2006), dificuldades escolares (CHAU et al., 2016) (GILMAN; HUEBNER, 2006), satisfação com a escola e clima escolar (SULDO; SHAFFER; RILEY, 2008) (SALMELA-ARO; TYNKKYNEN, 2010), problemas de comportamento (SULDO; SHAFFER; RILEY, 2008), comportamentos de risco (CHAU et al., 2016), comportamentos de promoção da saúde (PROCTOR; LINLEY; MALTBY, 2010), nível socioeconômico e estrutura familiar (CHAU et al., 2016) (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015).

Relação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico na adolescência

A avaliação da QV foi realizada na maioria dos artigos *pela Students' Life Satisfaction Scale* (SLSS), escala tipo Likert composta por sete itens. A SLSS gera um escore global, bem como a *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), outro instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida. SWLS é uma escala tipo Likert composta por 5 itens (SHEK; LI, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNEN, 2010).

A versão abreviada do questionário proposto pela OMS para avaliar a QV, o WHOQOL-Bref, também foi utilizada por um dos artigos levantados. Diferente dos outros dois citados, este avalia a QV por domínios (quatro), a saber: saúde física, saúde psicológica, relações sociais e meio ambiente (CHAU et al., 2016).

Por último, um artigo utilizou o KIDSCREEN-52 (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015), questionário genérico que também avalia a QV por domínios (dez), são eles: saúde e atividade física, sentimentos, estado emocional, auto percepção, autonomia e tempo livre, família/ambiente familiar, aspecto financeiro, amigos e apoio social, ambiente escolar, provocação/bullying. Além disso, o KIDSCREEN-52 destaca-se por ser o primeiro instrumento multinacional para avaliação da QV de crianças e adolescentes (ROBITAIL et al., 2007).

Em relação à avaliação do rendimento acadêmico, para garantir o anonimato das informações obtidas, a maioria dos artigos coletou o rendimento referido pelos participantes. Outras formas de obtenção deste dado foram por meio da coleta direta do rendimento acadêmico no sistema acadêmico (LYONS; HUEBNER, 2016) (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015) (SULDO; SHAFFER; RILEY, 2008) e aplicação de uma escala, *Academic and School Competence Scale* (ASC) (SHEK; LI, 2016).

A maioria das hipóteses de estudo confiava a existência de uma relação positiva e linear entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico de adolescentes. Apenas um dos

artigos conjecturou que níveis muito elevados de QV não produziam efeitos benéficos sobre o rendimento acadêmico, entretanto, tal hipótese foi negada. Por outro lado, adolescentes com elevada QV não obtiveram resultados significativamente maiores que os de moderada QV no que tange às aspirações acadêmicas e atitudes em relação à educação, por exemplo (LYONS; HUEBNER, 2016).

Em referência aos resultados, todos os artigos encontraram relação positiva entre as variáveis em estudo. Ou seja, observou-se que a percepção elevada da qualidade de vida está relacionada ao melhor rendimento acadêmico. Desse modo, entende-se que a qualidade de vida pode interferir no rendimento acadêmico de adolescentes. Em contrapartida, o raciocínio inverso também é válido, ou seja, dificuldades relacionadas à escola podem limitar a percepção da qualidade de vida (GILMAN; HUEBNER, 2006).

No que tange ao *design* do estudo, apenas dois foram do tipo longitudinal, e identificaram que a QV e o rendimento na escola decrescem ao passar dos anos. Foram sugeridas duas explicações para tal fenômeno. Primeira, as crescentes demandas e responsabilidades que passam a ser assumidas com o avançar da idade podem determinar a pior percepção da QV. Segunda, em função do amadurecimento das funções cognitivas, o adolescente passa a enxergar o mundo por uma perspectiva mais realista e, portanto, refere pior QV (SHEK; LI, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN, 2010).

Salmela-Aro e Tynkkynen (2010) observaram três tendências relacionadas à QV (elevada e estável, elevada decrescente e baixa em crescimento) e inferiram que adolescentes pertencentes ao primeiro grupo são mais prováveis de apresentar elevado rendimento acadêmico quando comparados aos demais.

Na adolescência, muitos fatores são capazes de afetar a QV. Dentre eles, o ambiente escolar é entendido como espaço mediador e até mesmo promotor de uma vida com qualidade (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018). A relação positiva entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico foi evidenciada em todos os artigos que compuseram a amostra. Destaca-se aqui que não foi possível inferir uma direção de causalidade entre esses dois conceitos.

Análise do conhecimento atual e identificação de lacunas

A análise da literatura revela a existência de uma relação positiva entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico na adolescência. Por outro lado, o conhecimento construído é escasso, existe a necessidade de avaliar de modo mais aprofundado essa relação. Com vistas a

orientar futuras investigações, serão elencadas a seguir as limitações dos artigos analisados e identificadas lacunas no conhecimento.

A primeira limitação discutida faz referência ao *design* do estudo. A maioria foi do tipo transversal, o que impossibilita a inferência causal. Foram identificados apenas dois artigos longitudinais, muito embora, nenhum deles tivesse como objetivo traçar a direção da causalidade entre as duas variáveis estudadas. Em relação aos dois estudos longitudinais levantados, observou-se a perda de seguimento (SHEK; LI, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNEN, 2010). Assim, há a necessidade de ampliação do número de estudos longitudinais com adoção de estratégias para reduzir as perdas e, ainda, a realização de estudos experimentais.

Outra limitação apontada diz respeito à fonte única de dados (adolescentes). Os estudos sugerem a coleta articulada de dados por métodos variados e com múltiplos respondentes que permitam a comparação de resultados (PROCTOR; LINLEY; MALTBY, 2010). Nesse contexto, os docentes e familiares são possíveis fontes a serem abordadas em estudos futuros (SHEK; LI, 2016) (LYONS; HUEBNER, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNEN, 2010) (SULDO; SHAFFER; RILEY, 2008) (GILMAN; HUEBNER, 2006).

Em relação à coleta das variáveis estudadas, foram apontadas duas limitações. Primeiro, a coleta do rendimento acadêmico referido que pode levar a vieses no fornecimento dos dados (GILMAN; HUEBNER, 2006). Uma opção seria a coleta direta desse rendimento no sistema acadêmico ou a aplicação de instrumentos ou testes que avaliem o desempenho desse aluno. Por último, a avaliação da QV global foi utilizada por seis dos oito artigos analisados, entretanto, a avaliação da QV por domínios é mais recomendada (SHEK; LI, 2016).

Além disso, o baixo poder de generalização dos dados em função das amostras pouco diversificadas também foi mencionado (SHEK; LI, 2016) (LYONS; HUEBNER, 2016) (SALMELA-ARO; TYNKKYNEN, 2010). Nenhum dos estudos envolveu múltiplas realidades, pelo contrário, envolveram amostra com características semelhantes, sem grande variação com relação à faixa etária e a características socioeconômicas. Assim, os resultados encontrados refletem apenas a realidade restrita daquele contexto estudado, com impossibilidade de universalizarem-se.

Através dessa revisão, identificou-se, a partir do objetivo traçado, o estado atual do conhecimento sobre a relação entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico na adolescência. A literatura discutida reforça a existência de uma relação positiva entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico na adolescência.

Tais resultados elucidam a importância da articulação entre saúde e educação, com a promoção de intervenções que promovam a saúde da comunidade escolar, elevem a qualidade de vida e ao mesmo tempo repercutam positivamente no rendimento acadêmico desses adolescentes. Como limitações, destacam-se a concentração de estudos em países com elevado desenvolvimento, a impossibilidade de inferência causal, o baixo poder de generalização dos dados e a ausência de estudos brasileiros que discutam a temática.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Estudo transversal correlacional. Os estudos transversais ou seccionais são fotografias de uma população em um espaço e tempo específicos. Além disso, permitem conhecer a distribuição de uma ou mais características em uma determinada população. Destaca-se que esse tipo de estudo não possui o poder de inferir causalidade entre as variáveis, entretanto, é possível identificar relações entre elas a partir de técnicas correlacionais (DANCEY; REIDY; ROWE, 2017).

3.2 Local de estudo

A presente pesquisa teve como local de estudo o Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA). Os Institutos Federais foram criados no Brasil em dezembro de 2008. No Maranhão, o Instituto integrou o Centro Federal de Educação Tecnológica do Maranhão (CEFET-MA) e as Escolas Agrotécnicas Federais de Codó, São Luís e São Raimundo das Mangabeiras. Atualmente, o IFMA possui 26 Campi distribuídos por todas as regiões do Maranhão e oferece cursos nos níveis básico, técnico, graduação e pós-graduação (IFMA, 2015).

Os Institutos Federais diferenciam-se por apresentar uma gama diversificada de servidores técnico-administrativos, dentre eles, profissionais da saúde (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, odontólogo, nutricionista). A atuação desses profissionais envolve ações de natureza preventiva e interventiva para atendimento básico dos estudantes (IFMA, 2017).

Devido à impossibilidade de incluir todos os Campi no estudo, utilizaram-se como estratégia de seleção: os mais recentes e com equipe de saúde recém-instalada. Assim, dois Campi fizeram parte do estudo (IFMA, 2014). Optou-se por selecionar os Campi mais jovens por acreditar que o serviço de saúde ainda se encontrava em fase de constituição e, também, por entender que os profissionais de saúde recém-instalados não tiveram tempo suficiente para intervir e provocar mudanças na saúde e qualidade de vida dos estudantes.

3.3 Participantes

Participaram da pesquisa alunos do IFMA, com faixa etária correspondente à adolescência, segundo classificação do Ministério da Saúde (10 a 19 anos). Foram excluídos os adolescentes que, no período da coleta dos dados, tiveram a matrícula cancelada ou trancada, que foram transferidos, jubilados ou evadiram da escola.

A população estudada foi de 467 adolescentes. Optou-se por adotar amostragem censitária, na qual todos os adolescentes foram abordados e convidados a participar da pesquisa. A participação desses estudantes esteve condicionada ao preenchimento dos termos éticos pelo próprio participante e pelos pais/responsáveis. Ao final, 289 adolescentes compuseram o estudo (taxa de resposta: 61,9%). Os motivos de não participação foram: não aceitação ou não entrega dos termos éticos devidamente assinados (após três abordagens).

3.4 Instrumentos para coleta de dados

A coleta de dados envolveu a utilização de três instrumentos, detalhados a seguir:

INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DO ADOLESCENTE (APÊNDICE A, p.86):

Composto por 20 questões, com coleta de dados sociodemográficos e caracterização familiar (ex: estado civil, raça, estrutura familiar, escolaridades materna e paterna, renda familiar, zona de moradia), além de questões sobre hábitos, comportamentos e de saúde, que incluem: frequência com que fica conectado à internet, tem episódios de cefaleia, ingere bebidas alcoólicas, fuma, pratica atividade física; alimentação, satisfação com o peso, qualidade do sono e acesso aos serviços de saúde.

Esse instrumento foi construído pelos próprios autores com base na análise da literatura existente, com aperfeiçoamento no que diz respeito à redação das questões de modo a torná-las mais objetivas e de fácil entendimento para o participante.

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DOS DADOS ESCOLARES (APÊNDICE B, p.89):

Construído pelos próprios autores, inclui dados escolares fornecidos pelo sistema utilizado para gestão dos processos administrativos e acadêmicos do IFMA, o Sistema

Unificado de Administração Pública (SUAP). Assim, foram coletados: Índice de Rendimento Acadêmico (IRA), percentual de frequência, participação em projetos de pesquisa e extensão.

Destaca-se que o IRA refere-se à média ponderada das notas obtidas em todas as disciplinas cursadas durante o semestre de referência, levando em consideração a carga horária das respectivas disciplinas. Assim, segue a fórmula utilizada para o cálculo:

Figura 3 – Fórmula para cálculo do Índice de Rendimento Acadêmico

$$\text{IRA} = \frac{M_{D1} \times CH_{D1} + M_{D2} \times CH_{D2} + \dots + M_{Dn} \times CH_{Dn}}{CH_{D1} + CH_{D2} + \dots + CH_{Dn}}$$

Legenda: MD: média na disciplina; CHD: carga horária da disciplina.
Fonte: dados da pesquisa.

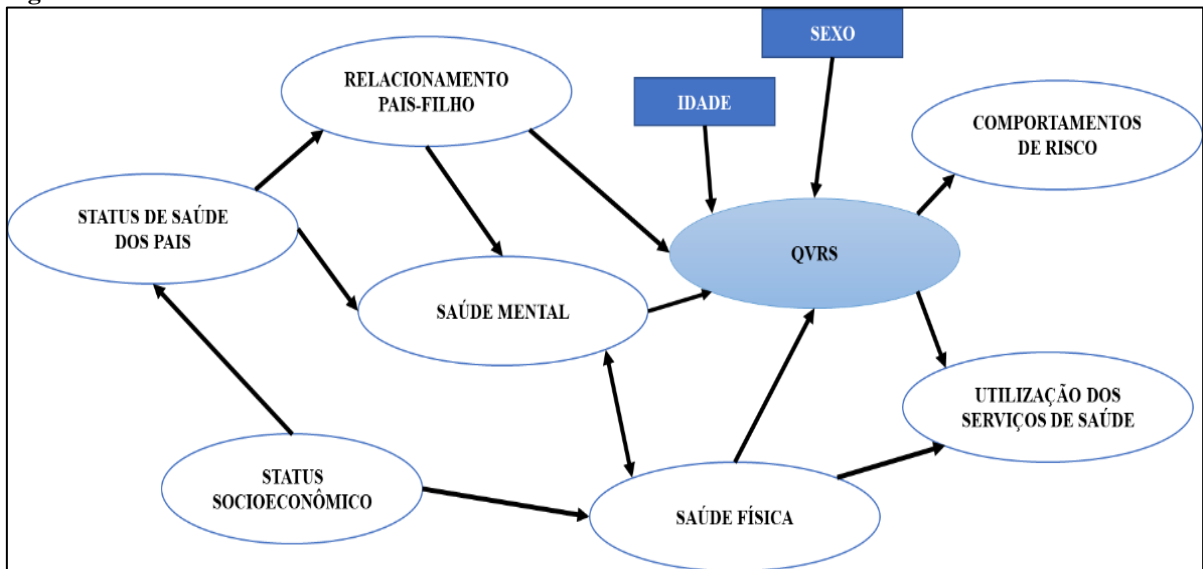
KIDSCREEN-52 (ANEXO A, p.97):

- O KIDSCREEN:

O KIDSCREEN foi idealizado por um projeto europeu, com a participação de 13 países, que tinha como intuito avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de crianças e adolescentes, de 8 a 18 anos, saudáveis ou cronicamente doentes (THE KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006). Diferencia-se dos demais por ser o primeiro instrumento internacional, transcultural, genérico e adaptável a diferentes realidades. Nesse contexto, permite ampla comparação e possui medidas válidas para diversos status de saúde (ROBITAIL et al., 2007).

Segundo modelo conceitual do KIDSCREEN, a QVRS é determinada por características individuais da criança/adolescente (idade, sexo) assim como relaciona-se com variáveis familiares e com a sua saúde física e mental. Além disso, sofre interferência indireta do status socioeconômico e da saúde dos pais. Ainda segundo o referido modelo, a QVRS determina os comportamentos de risco assumidos e a utilização dos serviços de saúde pelas crianças/adolescentes (Figura 4).

Figura 4 – Modelo conceitual do KIDSCREEN



Fonte: THE KIDSCREEN GROUP EUROPE (2006)

O referido instrumento possui duas versões, uma destinada às crianças/adolescentes e outra aos pais/tutores. Ambas avaliam os mesmos componentes, o que permite posterior comparação. Além disso, o instrumento possui 3 formatos, com 10, 27 e 52 itens (THE KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006). Nesse estudo, foi utilizado o KIDSCREEN-52 em sua versão aplicável às crianças/adolescentes.

- O KIDSCREEN-52 e as dimensões avaliadas:

O KIDSCREEN-52 possui 10 dimensões: Saúde e Atividade Física (5 itens), Sentimentos (6 itens), Estado Emocional (7 itens), Autopercepção (5 itens), Autonomia e Tempo Livre (5 itens), Família/Ambiente Familiar (6 itens), Aspecto Financeiro (3 itens), Amigos e Apoio Social (6 itens), Ambiente Escolar (6 itens), Provocação/Bullying (3 itens) (GUEDES; GUEDES, 2011). A seguir, o Quadro 4 refere-se à definição e interpretação das dimensões:

Quadro 4 – Definição e interpretação das dimensões do KIDSCREEN-52

| DIMENSÕES | DEFINIÇÃO | INTERPRETAÇÃO |
|---------------------------|---|---|
| Saúde e Atividade Física | Avalia o nível de atividade física e energia | O escore elevado significa bom nível de saúde e atividade física |
| Sentimentos | Examina o bem-estar psicológico (emoções positivas e satisfação com a vida) | O escore elevado significa felicidade e satisfação com a vida |
| Estado Emocional | Analisa a experimentação de humor depressivo, emoções e sentimentos depressivos | O escore elevado significa sentir-se bem e com bom humor |
| Auto Percepção | Avalia a imagem corporal e a satisfação com o corpo | O escore elevado significa satisfação e imagem corporal positiva |
| Autonomia e Tempo Livre | Refere-se à liberdade de escolha, autossuficiência e independência | O escore elevado significa autonomia, independência e liberdade |
| Família/Ambiente Familiar | Analisa a qualidade da relação entre pais e filho, sensação de suporte e apoio | O escore elevado significa sentir-se seguro, apoiado e amado pelos pais |
| Aspecto Financeiro | Avalia a suficiência de recursos financeiros que permitam estilo de vida similar aos pares | O escore elevado significa satisfação com os recursos financeiros que possui |
| Amigos e Apoio Social | Examina a qualidade das relações sociais, aceitação e suporte pelos pares | O escore elevado significa sentir-se aceito, apoiado e incorporado a um grupo |
| Ambiente Escolar | Refere-se aos sentimentos em relação à escola, à capacidade cognitiva, de aprendizagem e concentração | O escore elevado significa sentir-se feliz, satisfeito com a vida escolar |
| Provocação/Bullying | Avalia o sentimento de rejeição pelos pares | O escore elevado significa a não ocorrência de bullying, sentimento de respeito e aceitação pelos pares |

Fonte: THE KIDSCREEN GROUP EUROPE (2006)

- Metodologia de cálculo:

O KIDSCREEN-52 é uma escala tipo Likert de 5 pontos. Os itens, em geral, avaliam a frequência ou intensidade que algum sentimento ou atitude acontece. Em relação à metodologia de cálculo, os escores brutos, calculados para cada dimensão, são transformados em Escores-T (média:50 e; desvio padrão:10), de modo a tornar a interpretação dos resultados mais inteligível. Assim, o escore de cada dimensão varia de 0 a 100, respectivamente, pior e melhor qualidade de vida (RAVENS-SIEBERER et al., 2005).

Além disso, um escore geral pode ser computado através do somatório de todos os itens avaliados (DEWEY; VOLKOVINSKAIA, 2018). Os escores gerais permitiram categorizar a QVRS em: ruim, regular e boa. Os pontos de corte foram os quartis da variável em estudo, respectivamente: valores abaixo do 1º quartil, do 1º ao 3º, acima do 3º quartil.

- Tradução, adaptação transcultural e validação da versão brasileira do KIDSCREEN-52

Além da Europa, o instrumento tem sido traduzido e adaptado culturalmente por outros países da Ásia e América Latina. No Brasil, Ritter et al. (2008) e Guedes e Guedes (2011) realizaram a tradução, adaptação transcultural e validação do instrumento (AGUIAR et al., 2014). Em sua versão para a criança/adolescente, obteve consistência interna com valor médio de 0,817 (α de Cronbach com variação de 0,725 na dimensão “autopercepção” a 0,894 na dimensão “aspecto financeiro”).

Ressalta-se que, como requisito para o uso do instrumento, a presente pesquisa foi registrada junto ao grupo de estudos europeu que desenvolveu o referido questionário (APÊNDICE F, p.95) e a utilização da sua versão traduzida para o português do Brasil também foi autorizada pelos autores Dartagnan Pinto Guedes e Joana Elisabete Ribeiro Pinto Guedes (APÊNDICE G, p.96).

3.5 Procedimentos para coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2018 após anuência da Instituição participante (APÊNDICE E, p.94) e parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP) (ANEXO B, p.105).

No primeiro contato com os estudantes, foi realizada uma breve apresentação da pesquisa e foram entregues os termos éticos para preenchimento. De modo a não atrasar o cronograma planejado, foram realizadas três tentativas para recebimento dos termos assinados. Após retorno dos termos, procedeu-se a coleta propriamente dita.

O KIDSCREEN-52 e o instrumento para caracterização do participante foram aplicados por meio da plataforma digital Formulários Google, em equipamento eletrônico, sob supervisão do pesquisador. Os dados escolares foram coletados, pelo pesquisador, direto do sistema utilizado para gestão dos processos administrativos e acadêmicos do IFMA, o SUAP.

3.6 Quadro de variáveis

Quadro 5 – Distribuição das variáveis quanto ao tipo e forma de medida

| VARIÁVEL | TIPO DE VARIÁVEL | FORMA DE MEDIDA |
|--------------------------------|---|--|
| VARIÁVEL DEPENDENTE | | |
| QVRS | Variável numérica contínua Variável categórica ordinal | Medida da QVRS, em 10 dimensões, por meio do KIDSCREEN-52. Escore, por dimensão, de 0 a 100. Categorização do escore geral em boa (acima do 3º quartil), regular (do 1º ao 3º quartis), ruim (abaixo do 1º quartil) |
| VARIÁVEIS INDEPENDENTES | | |
| Idade | Variável categórica ordinal | Registro feito por meio da data de nascimento para posterior conversão em anos completos e categorização: até 15 anos; mais de 15 anos |
| Sexo | Variável categórica nominal | Categorização: feminino ou masculino |
| Estado civil | Variável categórica nominal | Categorização: solteiro, casado/união estável |
| Filhos | Variável categórica nominal | Categorização: não; sim |
| Etnia | Variável categórica nominal | Cor da pele autorreferida. Categorização: branco; pardo/negro |
| Trabalho | Variável categórica nominal | Categorização: não; sim |
| Auxílio | Variável categórica nominal | Categorização: não; sim |
| Moradia | Variável categórica nominal | Registro da zona de moradia. Categorização: urbana; rural |
| Deslocamento casa-escola | Variável categórica ordinal | Categorização: até 30 minutos; de 30 minutos a 1 hora; mais de 1 hora |
| Meio de transporte | Variável categórica nominal | Categorização: caminha/pedala; transporte coletivo; veículo próprio |
| Tamanho da família | Variável categórica ordinal | Registro feito por meio da quantidade de pessoas que residem na casa, incluindo o participante, com posterior categorização em: até 4 pessoas; mais de 4 pessoas |
| Núcleo familiar | Variável categórica nominal | Registro feito por meio da menção das pessoas que residem na casa, com posterior categorização em: nuclear (pai e mãe); nuclear reconstituída (mãe e padrasto ou pai e madrasta); monoparental feminina (apenas mãe); monoparental masculina (apenas pai); genitores ausentes (sem pai, nem mãe) |
| Chefe da família | Variável categórica nominal | Registro feito por meio da menção de quem o participante considera ser o chefe da família, com posterior categorização em: pai; mãe; avós; outros |
| Escolaridade da mãe | Variável categórica ordinal | Categorização: não soube informar; analfabeta; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; especialização/mestrado/doutorado |
| Escolaridade do pai | Variável categórica ordinal | Categorização: não soube informar; analfabeta; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo; especialização/mestrado/doutorado |
| Renda familiar | Variável categórica ordinal | Renda da família em salários mínimos. Categorização: até 1 SM; mais de 1 a 2 SM; mais de 2 a 3 SM; mais de 3 SM |
| Acesso à internet | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que acessa à internet. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Cefaleia | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que apresenta cefaleia. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Bebidas alcoólicas | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que ingere bebidas alcoólicas. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Tabagismo | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que fuma. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Atividade física | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que pratica atividade física. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Frutas, legumes e verduras | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que consome frutas, legumes e verduras. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Refrigerantes, doces e frituras | Variável categórica ordinal | Registro da frequência que consome refrigerantes, doces e frituras. Categorização: nunca; raramente; às vezes; muitas vezes; sempre |
| Peso | Variável categórica ordinal | Registro da satisfação com o peso. Categorização: nada satisfeito; pouco satisfeito; moderadamente satisfeito; satisfeito; muito satisfeito |
| Sono | Variável categórica ordinal | Registro da satisfação com o sono. Categorização: nada satisfeito; pouco satisfeito; moderadamente satisfeito; satisfeito; muito satisfeito |
| Horas de sono | Variável categórica ordinal | Categorização: menos de oito horas; oito horas ou mais |
| Acesso aos serviços de saúde | Variável categórica nominal | Categorização: apenas SUS; apenas plano de saúde privado; SUS e plano de saúde privado |
| IRA | Variável numérica contínua | IRA no semestre, variação de 0 a 10 |
| Frequência | Variável numérica contínua | Coleta do percentual de frequência no semestre |
| Projetos de pesquisa | Variável categórica nominal | Registro da participação em projetos de pesquisa durante o semestre. Categorização: não; sim |
| Projetos de extensão | Variável categórica nominal | Registro da participação em projetos de extensão durante o semestre. Categorização: não; sim |

LEGENDA: QVRS-Qualidade de Vida Relacionada à Saúde; SM-Salário Mínimo; SUS-Sistema Único de Saúde; IRA-Índice de Rendimento Acadêmico. Fonte: dados da pesquisa.

3.7 Análise dos dados

Os dados coletados passaram por processo de dupla digitação no Microsoft Excel® e foram analisados estatisticamente por meio do Software Statistical Package for the Social Science (SPSS®), versão 20.0.

A caracterização da população por meio de variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico, atributos familiares, hábitos, comportamentos, questões de saúde e características escolares foi realizada por meio de estatísticas descritivas como frequência absoluta (n) e relativa (%). Com relação às variáveis quantitativas, foram obtidas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão).

Para verificar quais variáveis influenciaram de modo significativo a QVRS dos adolescentes, foi realizada uma análise de regressão multinomial, de onde foram obtidas as estimativas para as razões de chance do modelo bem como as suas respectivas significâncias, por meio do teste de Wald. No intuito de avaliar a qualidade do ajuste e validar os resultados

obtidos, foram levados em consideração a *deviance* e os graus de liberdade inerentes ao modelo proposto (PAULA, 2004; PESTANA; GAGEIRO, 2014).

Em relação à qualidade do ajuste do modelo de regressão multinomial e das suas respectivas interpretações, obteve-se valor igual a 0,790 por meio da fórmula descrita abaixo:

$$Razão = \frac{Deviance}{Graus\ de\ Liberdade} = \frac{382,537}{484} = 0,790.$$

O valor obtido indica que a *deviance* foi menor que os *graus de liberdade*. Nesse caso, tem-se que modelo de regressão multinomial se ajustou bem aos dados, o que valida os resultados apresentados e as suas respectivas interpretações.

Com o objetivo de estabelecer correlações entre as duas variáveis numéricas, QVRS e RA, foi inicialmente testada a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smirnov, comprovando-se um padrão de distribuição assimétrico ou não-normal. Nesse sentido, o teste de escolha para o estabelecimento de relações entre essas variáveis foi a Correlação de Spearman.

O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$. Procedeu-se também a análise da confiabilidade do KIDSCREEN-52, por meio do cálculo do coeficiente α de Cronbach. Para apresentação dos resultados, utilizaram-se tabelas e gráficos.

3.8 Questões éticas

O estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, parecer nº 2.445.803 (ANEXO B, p.105). Foram respeitados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Aos participantes foi garantido o sigilo das informações bem como o direito de se recusar a participar ou retirar seu assentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização, mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (pai/responsável) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido-TALE (adolescente), Apêndices C (p.90) e D (p.92), respectivamente.

A pesquisa não expôs os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. Existia, entretanto, o risco de sentirem-se desconfortáveis em responder às questões do estudo. Para evitar ou solucionar tal dificuldade, os instrumentos foram aplicados em ambiente reservado e reafirmados o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

4 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados seguem a lógica dos objetivos específicos. Inicialmente foram apresentados o perfil do adolescente e suas características familiares, bem como, os hábitos, comportamentos e questões de saúde. Em seguida, foram demonstradas as avaliações da QVRS (por dimensão do KIDSCREEN-52 avaliada) e os fatores associados à boa QVRS. O tópico seguinte apresenta as características acadêmicos dos participantes e, por último, foi demonstrada a correlação entre a QVRS e o RA dos adolescentes.

4.1 Perfil do adolescente e características familiares

Participaram do presente estudo, 289 estudantes de dois Campi do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. A análise do perfil dos participantes revelou média de idade de 16,1 anos ($DP \pm 0,96$), sendo 173 do sexo feminino e 116 do sexo masculino. A maioria dos estudantes era solteira (98,6%), sem filhos (99%), autorreferiu cor parda/preta (83,0%), não trabalhava (95,2%) e não recebia auxílio financeiro (77,9%). No que tange às questões de moradia e transporte, 86,2% habitavam a zona urbana, 80,6% moravam perto da escola e 52,9% utilizavam transporte coletivo como meio de acesso à escola (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Perfil | n | % |
|--------------------------|----------------|-----------------|
| Idade | | |
| Até 15 anos | 86 | 29,8 |
| Mais de 15 anos | 203 | 70,2 |
| | Média \pm DP | 16,1 \pm 0,96 |
| Sexo | | |
| Feminino | 173 | 59,9 |
| Masculino | 116 | 40,1 |
| Estado civil | | |
| Solteiro | 285 | 98,6 |
| Casado/união estável | 4 | 1,4 |
| Filhos | | |
| Não | 286 | 99,0 |
| Sim | 3 | 1,0 |
| Etnia/cor da pele | | |
| Pardo/negro | 240 | 83,00 |
| Branco | 49 | 17,0 |

Tabela 1 (cont.) – Características sociodemográficas dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Perfil | n | % |
|--|----------|----------|
| Trabalho | | |
| Não | 275 | 95,2 |
| Sim | 14 | 4,8 |
| Auxílio financeiro | | |
| Não | 225 | 77,9 |
| Sim | 64 | 22,1 |
| Tipo de auxílio financeiro | | |
| Bolsa de estudos | 39 | 13,4 |
| Programa de iniciação científica | 12 | 4,1 |
| Programa de bolsa artístico cultural | 3 | 1 |
| Programa de bolsas de extensão | 3 | 1 |
| Programa de monitoria | 3 | 1 |
| Auxílio alimentação | 2 | 0,8 |
| Auxílio moradia | 1 | 0,4 |
| Bolsa de aprimoramento | 1 | 0,4 |
| Zona de moradia | | |
| Urbana | 249 | 86,2 |
| Rural | 40 | 13,8 |
| Tempo de deslocamento casa-escola | | |
| <30min | 233 | 80,6 |
| 30min-1h | 48 | 16,6 |
| >1h | 8 | 2,8 |
| Meio de transporte para a escola | | |
| Transporte coletivo/táxi/moto táxi | 153 | 52,9 |
| Veículo próprio da família | 125 | 43,3 |
| Bicicleta/a pé | 11 | 3,8 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação à composição familiar, o tamanho da família foi de até quatro pessoas para 61,6% dos adolescentes e 54,7% possuíam estrutura familiar do tipo nuclear (pai e mãe). O chefe da família foi o pai para 48,4% dos respondentes, seguido pela mãe (37,4%). No que tange à escolaridade dos genitores, houve predomínio do ensino médio completo para 28,9% das mães e de ensino fundamental incompleto para 22,8% dos pais. A renda familiar foi de até 2 salários mínimos para 71,3% dos adolescentes (Tabela 2).

Tabela 2 – Características familiares dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Característica | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Tamanho da família | | |
| ≤ 4 pessoas | 178 | 61,6 |
| > 4 pessoas | 111 | 38,4 |

Tabela 2 (cont.) – Características familiares dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Característica | n | % |
|-----------------------------------|----------|----------|
| Núcleo familiar | | |
| Nuclear | 163 | 56,4 |
| Monoparental feminina | 69 | 23,9 |
| Genitores ausentes | 31 | 10,7 |
| Nuclear reconstituída | 17 | 5,8 |
| Monoparental masculina | 9 | 3,2 |
| Chefe da família | | |
| Pai | 140 | 48,4 |
| Mãe | 108 | 37,4 |
| Avós | 25 | 8,7 |
| Outros | 16 | 5,4 |
| Escolaridade da mãe | | |
| Analfabeta | 3 | 1,0 |
| Ensino fundamental incompleto | 50 | 17,3 |
| Ensino fundamental completo | 16 | 5,5 |
| Ensino médio incompleto | 24 | 8,3 |
| Ensino médio completo | 83 | 28,9 |
| Ensino superior incompleto | 15 | 5,2 |
| Ensino superior completo | 64 | 22,1 |
| Especialização/mestrado/doutorado | 27 | 9,3 |
| Não sei | 7 | 2,4 |
| Escolaridade do pai | | |
| Analfabeto | 12 | 4,2 |
| Ensino fundamental incompleto | 66 | 22,8 |
| Ensino fundamental completo | 19 | 6,6 |
| Ensino médio incompleto | 25 | 8,7 |
| Ensino médio completo | 64 | 22,1 |
| Ensino superior incompleto | 9 | 3,1 |
| Ensino superior completo | 32 | 11,1 |
| Especialização/mestrado/doutorado | 14 | 4,8 |
| Não sei | 48 | 16,6 |
| Renda familiar | | |
| Até 1SM | 86 | 29,8 |
| Mais de 1 a 2SM | 120 | 41,5 |
| Mais de 2 a 3SM | 55 | 19,0 |
| Mais de 3SM | 28 | 9,7 |

Legenda: SM-salário mínimo (1SM=R\$965,00). Fonte: Dados da Pesquisa.

4.2 Hábitos, comportamentos e questões de saúde

No que tange aos hábitos, comportamentos e questões de saúde, os adolescentes apresentaram cefaleia com frequência (às vezes, muitas vezes, sempre – 61,5%), nunca consumiam álcool (77,9%) ou fumavam (98,6%), às vezes ou raramente praticavam atividade física (61,9%), estavam sempre conectados à internet (51,2%) e utilizavam exclusivamente os serviços do Sistema Único de Saúde-SUS (75,8%) (Tabela 3).

Em relação aos hábitos alimentares, a maior parte consumia regularmente refrigerante, doces e frituras (muitas vezes ou sempre – 62,3%). O mesmo não ocorreu com o consumo de frutas, legumes e vegetais, no qual a resposta mais frequente foi “às vezes” (35,6%). Por outro lado, 45,6% mostraram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o peso. Em relação ao padrão de sono, observou-se baixa satisfação (45,3%, nada ou pouco satisfeito) e 65,7% dos adolescentes tinham menos de 8 horas diárias de sono (Tabela 3).

Tabela 3 – Hábitos, comportamentos e questões de saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Variável | nunca | raramente | às vezes | muitas vezes | Sempre |
|---|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| Frequência que apresenta cefaleia | | | | | |
| n | 17 | 94 | 92 | 46 | 40 |
| % | 5,9 | 32,6 | 31,8 | 15,9 | 13,8 |
| Frequência que consome álcool | | | | | |
| n | 225 | 34 | 23 | 3 | 4 |
| % | 77,9 | 11,8 | 8,0 | 0,9 | 1,4 |
| Frequência que fuma | | | | | |
| n | 285 | 4 | - | - | - |
| % | 98,6 | 1,4 | - | - | - |
| Frequência que utiliza a internet | | | | | |
| n | - | 5 | 43 | 93 | 148 |
| % | - | 43 | 14,9 | 32,2 | 51,2 |
| Frequência que pratica atividade física | | | | | |
| n | 26 | 74 | 105 | 38 | 46 |
| % | 9,0 | 25,6 | 36,4 | 13,1 | 15,9 |
| Frequência que consome frutas legumes e vegetais | | | | | |
| n | 4 | 25 | 103 | 90 | 67 |
| % | 1,4 | 8,7 | 35,6 | 31,1 | 23,2 |
| Frequência que consome refrigerantes, doces e frituras | | | | | |
| n | 3 | 22 | 84 | 120 | 60 |
| % | 1,0 | 7,6 | 29,1 | 41,5 | 20,8 |

Tabela 3 (cont.) – Hábitos, comportamentos e questões de saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Variável | nada satisfeito | Pouco Satisfeito | moderadamente satisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|------------|---------------------|
| Satisfação com o peso | | | | | |
| n | 43 | 58 | 56 | 37 | 95 |
| % | 14,9 | 20,1 | 19,4 | 12,7 | 32,9 |
| Satisfação com o sono | | | | | |
| n | 55 | 76 | 62 | 67 | 29 |
| % | 19,0 | 26,3 | 21,5 | 23,2 | 10,0 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

4.3 Qualidade de vida relacionada à saúde

Para a avaliação da QVRS, utilizou-se o KIDSCREEN-52. No presente estudo, a consistência interna do KIDSCREEN-52 teve média de 0,821, com variação entre 0,528 (saúde e atividade física) e 0,901 (aspectos financeiros).

Além de mensurar a QVRS, o referido instrumento levanta os problemas de saúde na população estudada. Nesse sentido, 32 estudantes (11,1%) apresentaram algum tipo de doença crônica ou deficiência, com destaque para as patologias respiratórias (7,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Doença, deficiência ou problema médico crônico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

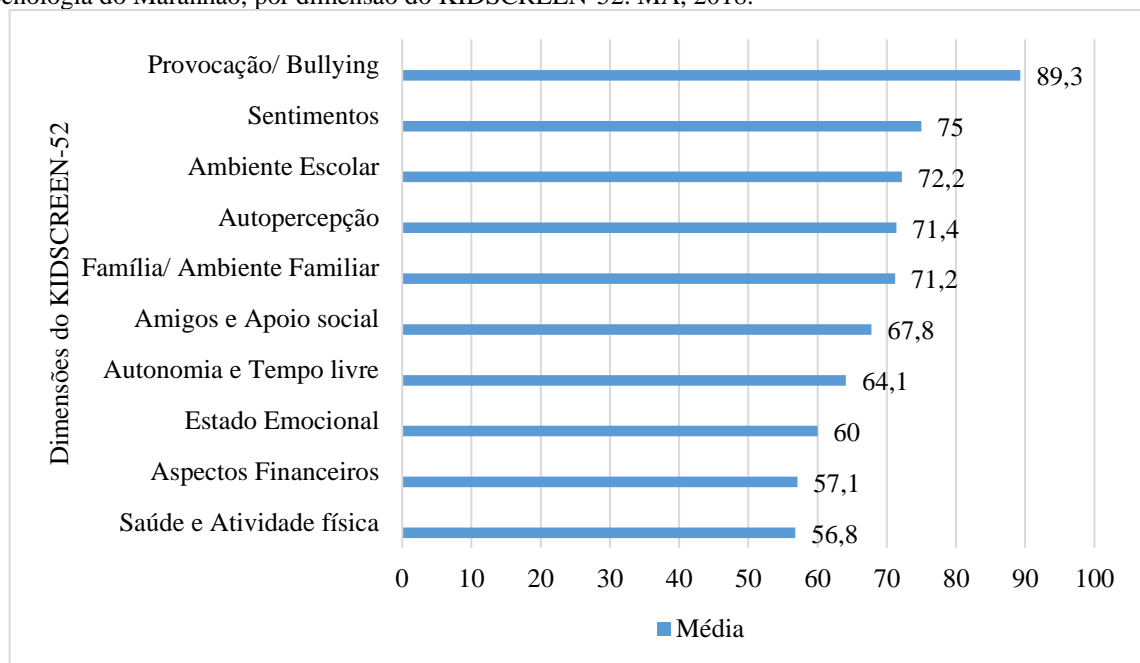
| Variável | n | % |
|---|-----|------|
| Doença, deficiência ou problema médico crônico | | |
| Não | 257 | 88,9 |
| Sim | 32 | 11,1 |
| Tipo de doença, deficiência ou problema médico crônico | | |
| Doença respiratória | 21 | 7,3 |
| Doença ocular | 3 | 1,0 |
| Doenças ortopédicas | 3 | 1,0 |
| Doença do sistema digestório | 1 | 0,3 |
| Doença cardíaca | 1 | 0,3 |
| Doença renal | 1 | 0,3 |
| Doença autoimune | 1 | 0,3 |
| Doença psicológica | 1 | 0,3 |
| Doença neurológica | 1 | 0,3 |
| Neoplasia | 1 | 0,3 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação à QVRS, foi mensurada por meio de 52 itens, dispostos em 10 dimensões. Para melhor interpretação dos resultados, o escore bruto de cada dimensão foi transformado em um Escore-T que varia de 0 a 100, respectivamente, pior e melhor qualidade de vida.

O Gráfico 1 traz a distribuição das médias da QVRS por dimensão do KIDSCREEN avaliada. Os valores obtidos variaram de 56,8 a 89,3. Assim, a dimensão com melhor percepção pelos adolescentes foi “Provocação/Bullying” (89,3 ±15,1), o que revela a não ocorrência de bullying, aceitação e respeito entre os pares. Sentimentos, ambiente escolar, autopercepção e ambiente familiar também foram bem avaliados, com médias de 75(±16,6) 72,2(±14,1), 71,4(±15,8) e 71,2(±19,1), respectivamente. Por outro lado, as dimensões com pior avaliação foram: saúde e atividade física (56,8±17,9) e aspectos financeiros (57,1±22,7).

Gráfico 1 – Qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, por dimensão do KIDSCREEN-52. MA, 2018.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Além dos escores por dimensão, um escore geral foi computado através do somatório de todos os itens avaliados. A soma dos itens serviu como base para a posterior categorização da QVRS em: ruim (valores abaixo do 1º quartil), regular (valores do 1 ao 3º quartil) e boa (valores acima do 3º quartil), respectivamente, 70, 148 e 71 adolescentes.

As tabelas com a distribuição das dimensões do KIDSCREEN-52 na íntegra encontram-se dispostas no ANEXO C (p.108). A análise detalhada das questões do instrumento permite desprender algumas observações importantes, explicitadas a seguir.

Em relação à “saúde e atividade física”, a maioria dos adolescentes descreveu a sua saúde como boa (36,3%) ou regular (31,8%) e 31,5% se julgaram nada ativos fisicamente. Na dimensão “sentimentos”, verificou-se que os adolescentes se sentiam bem por estarem vivos (sempre-64%) e quase sempre estavam de bom humor (35,6%). Referente ao “estado

emocional”, grande parte se sentia pressionada (sempre ou quase sempre – 47,4%) e 16,3% deles disse sempre se sentir sozinho.

Em relação à “autopercepção”, a maioria das questões mostrou resultados positivos, porém, 20,1% disse sempre sentir vontade de mudar alguma parte do seu corpo e 38,8% estavam sempre ou quase sempre preocupados com a sua aparência. A dimensão “autonomia e tempo livre” mostrou que os alunos tiveram, apenas algumas vezes, tempo suficiente para si mesmo (32,5%) ou escolheram o que fazer no seu tempo livre (31,1%). Além disso, quase nunca (30,1) tiveram tempo para encontrar os amigos.

A “família/ambiente familiar” teve boa avaliação. Em geral, os alunos se sentiam amados e entendidos pelos seus pais. Entretanto, 22,8% nunca conversavam com os pais como gostariam. Na dimensão “aspectos financeiros”, quando questionados: “você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem?”, 51,9% responderam quase nunca ou às vezes. Além disso, 48,4% dos adolescentes julgaram ter nada ou um pouco de dinheiro para fazer o que deseja com seus amigos.

Em relação aos “amigos e apoio social”, a maior parte assegura não ter tempo suficiente para ficar com seus amigos (nunca, quase nunca ou às vezes – 69,9%) porém, afirmou se divertir com eles e tinham nesse laço de amizade uma fonte de apoio e suporte confiável.

A avaliação do “ambiente escolar” gerou julgamentos positivos. Os adolescentes, em sua maioria, sentiam-se felizes na escola (34,6% - muito ou muitíssimo) e satisfeitos com seus professores (68,2% - muito ou muitíssimo). Quando perguntados: “Você foi bom/boa aluno/a na escola?”, responderam moderadamente e muito, respectivamente, 42,6% e 23,2%. A dimensão “provocação/bullying” também foi bem avaliada para a maioria deles. Mais de 60% disse nunca sentir medo, ter sido zombado ou intimidado por outros jovens.

4.4 Fatores associados à boa qualidade de vida

Com o intuito de listar as variáveis associadas à boa QVRS de adolescentes, foi realizada uma análise por meio do ajuste de um modelo de regressão multinomial, tendo como variável dependente a QVRS (ruim, regular ou boa) dos adolescentes entrevistados.

Inicialmente, por meio do teste de Wald, foram obtidas as variáveis estatisticamente significativas para o modelo de regressão proposto. Portanto, pode-se afirmar com 95% de confiança que as seguintes variáveis influenciaram efetivamente a QVRS dos adolescentes: idade (p-valor: 0,021), sexo (p-valor: 0,002), tamanho da família (p-valor: 0,012), chefe da

família (p-valor: 0,007), frequência que pratica atividade física (p-valor: 0,000), satisfação com o peso (p-valor: 0,000) e, satisfação com o sono (p-valor: 0,000).

Para verificar como se deu a relação da QVRS com cada uma das variáveis mencionadas, foi estimada a “razão de chances”, estabelecido o intervalo de confiança e inferida a significância estatística obtida pelo teste de Wald. Os resultados estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 – Variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Variáveis | Ruim | Regular | Boa | Razão de Chance | Intervalo de Confiança | p-valor |
|--|------------|-------------|------------|-----------------|------------------------|----------------|
| Idade | | | | | | |
| Até 15 anos | 13 (18,6%) | 47 (31,8%) | 26 (36,6%) | - | - | - |
| Mais de 15 anos | 57 (81,4%) | 101 (68,2%) | 45 (63,4%) | 0,515 | [0,292; 0,906] | 0,021 * |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 53 (75,7%) | 99 (66,9%) | 21 (29,6%) | - | - | - |
| Masculino | 17 (24,3%) | 49 (33,1%) | 50 (70,4%) | 2,396 | [1,377; 4,169] | 0,002 * |
| Tamanho da família | | | | | | |
| Até 4 pessoas | 48 (68,6%) | 91 (61,5%) | 39 (54,9%) | - | - | - |
| Mais de 4 pessoas | 22 (31,4%) | 57 (38,5%) | 32 (45,1%) | 2,004 | [1,167; 3,441] | 0,012 * |
| Chefe da família | | | | | | |
| Outros | 7 (10,0%) | 7 (4,7%) | 2 (2,8%) | - | - | - |
| Mãe | 31 (44,3%) | 54 (36,5%) | 23 (32,4%) | 3,915 | [1,168; 3,124] | 0,027 * |
| Pai | 23 (32,9%) | 76 (51,4%) | 41 (57,7%) | 5,491 | [1,687; 7,875] | 0,005 * |
| Avós | 9 (12,9%) | 11 (7,4%) | 5 (7,0%) | 1,742 | [0,429; 7,069] | 0,438 |
| Frequência que pratica atividade física | | | | | | |
| Nunca | 13 (18,6%) | 12 (8,1%) | 1 (1,4%) | - | - | - |
| Raramente | 21 (30,0%) | 47 (31,8%) | 6 (8,5%) | 2,103 | [0,800; 5,530] | 0,132 |
| Às vezes | 28 (40,0%) | 56 (37,8%) | 21 (29,6%) | 2,614 | [1,019; 6,703] | 0,046 * |
| Muitas vezes | 6 (8,6%) | 15 (10,1%) | 17 (23,9%) | 4,999 | [1,606; 5,509] | 0,005 * |
| Sempre | 2 (2,9%) | 18 (12,2%) | 26 (36,6%) | 10,596 | [3,425; 2,785] | 0,000 * |
| Satisfação com o peso | | | | | | |
| Nada satisfeito | 25 (35,7%) | 16 (10,8%) | 2 (2,8%) | - | - | - |
| Pouco satisfeito | 14 (20,0%) | 40 (27,0%) | 4 (5,6%) | 3,832 | [1,601; 9,169] | 0,003 * |
| Moderadamente satisfeito | 19 (27,1%) | 27 (18,2%) | 10 (14,1%) | 2,064 | [0,844; 5,048] | 0,112 |
| Satisfeito | 9 (12,9%) | 49 (33,1%) | 37 (52,1%) | 8,147 | [3,397; 19,541] | 0,000 * |
| Muito satisfeito | 3 (4,3%) | 16 (10,8%) | 18 (25,4%) | 6,790 | [2,294; 20,098] | 0,001 * |
| Satisfação com o sono | | | | | | |
| Nada satisfeito | 26 (37,1%) | 28 (18,9%) | 1 (1,4%) | - | - | - |
| Pouco satisfeito | 27 (38,6%) | 40 (27,0%) | 9 (12,7%) | 1,728 | [0,809; 3,692] | 0,158 |
| Moderadamente satisfeito | 8 (11,4%) | 35 (23,6%) | 19 (26,8%) | 3,572 | [1,554; 8,208] | 0,003 * |
| Satisfeito | 7 (10,0%) | 34 (23,0%) | 26 (36,6%) | 5,037 | [2,215; 11,456] | 0,000 * |
| Muito satisfeito | 2 (2,9%) | 11 (7,4%) | 16 (22,5%) | 13,377 | [4,625; 38,691] | 0,000 * |

Legenda: (*) - valores significativos por meio do Teste de Wald. Fonte: dados da pesquisa.

A análise da regressão realizada permite inferir que os adolescentes com idade maior que 15 anos tiveram 48,5% menos chance de ter uma boa QVRS. Em relação ao sexo masculino, apresentaram aproximadamente 2,4 vezes mais chances de ter boa QVRS.

No que tange à variável “tamanho da família”, os estudantes com família composta por mais de quatro pessoas apresentaram aproximadamente duas vezes mais chance de ter uma boa QVRS. Para a variável “chefe de família”, os estudantes cujo o chefe foi o pai tiveram aproximadamente 5,5 vezes mais chance de ter uma boa QVRS quando comparado com outros chefes de família (desde que esse chefe não fossem a mãe ou os avós).

Com relação à variável “atividade física”, destaca-se que quanto maior a frequência da prática de atividade física, maior foi a chance do adolescente ter uma boa QVRS. Nesse sentido, o adolescente que sempre praticava atividade física teve aproximadamente 10 vezes mais chance de ter uma boa QVRS comparado ao que nunca pratica.

Ademais, adolescentes satisfeitos com o peso e muito satisfeitos com o sono tiveram em valor aproximado, respectivamente, 8 e 13 vezes mais chance de ter uma boa QVRS quando comparados aos que se declararam nada satisfeitos.

4.5 Caracterização acadêmica dos adolescentes

No que diz respeito às variáveis escolares, observou-se o Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) médio de 7,68. O percentual de frequência médio foi de 96,70%. Além disso, apenas 10% dos alunos participam de projetos de pesquisa e 19%, de extensão (Tabela 6).

Tabela 6 – Características acadêmicas dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| | n | % | Média |
|---|-----|------|--------|
| IRA | | | 7,68 |
| Percentual de frequência no semestre | | | 96,70% |
| Participação em projetos de pesquisa | | | |
| Não | 260 | 90,0 | |
| Sim | 29 | 10,0 | |
| Participação em projetos de extensão | | | |
| Não | 234 | 81,0 | |
| Sim | 55 | 19,0 | |

Legenda: IRA- Índice de Rendimento Acadêmico. Fonte: Dados da Pesquisa.

4.6 Correlação entre qualidade de vida e rendimento acadêmico

A tabela a seguir refere-se à Correlação de Spearman estabelecida entre os domínios da QVRS e o IRA. Os resultados mostraram correlação do IRA com duas dimensões avaliadas: autonomia e tempo livre (correlação negativa) e ambiente escolar (correlação positiva). Desse modo, adolescentes com menor autonomia e menos tempo livre apresentaram melhor índice de rendimento na escola. Além disso, quanto melhor avaliada a dimensão ambiente escolar também foram melhores os rendimentos observados (Tabela 7).

Tabela 7 – Matriz de correlação de Spearman das dimensões do KIDSCREEN-52 por índice de rendimento dos adolescentes. Pedreiras e Grajaú - MA, 2018.

| | IRA | Saúde e Atividade física | Sentimentos | Estado Emocional | Autopercepção | Autonomia e Tempo Livre | Família/ Ambiente Familiar | Aspectos Financeiros | Amigos e Apoio social | Ambiente Escolar | Provocação/ Bullying | Soma |
|----------------------------|---------------|--------------------------|--------------|------------------|---------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|----------------------|-------|
| IRA | 1,000 | | | | | | | | | | | |
| Saúde e Atividade física | -,010 | 1,000 | | | | | | | | | | |
| Sentimentos | ,024 | ,606* | 1,000 | | | | | | | | | |
| Estado Emocional | ,072 | ,479* | ,711* | 1,000 | | | | | | | | |
| Autopercepção | -,104 | ,443* | ,523* | ,480* | 1,000 | | | | | | | |
| Autonomia e Tempo livre | -,148* | ,435* | ,562* | ,481* | ,327* | 1,000 | | | | | | |
| Família/ Ambiente Familiar | ,038 | ,358* | ,614* | ,585* | ,438* | ,439* | 1,000 | | | | | |
| Aspectos Financeiros | ,057 | ,209* | ,287* | ,233* | ,232* | ,366* | ,278* | 1,000 | | | | |
| Amigos e Apoio social | -,017 | ,358* | ,489* | ,369* | ,340* | ,548* | ,430* | ,474* | 1,000 | | | |
| Ambiente Escolar | ,299* | ,371* | ,551* | ,458* | ,314* | ,379* | ,419* | ,257* | ,415* | 1,000 | | |
| Provocação/ Bullying | -,014 | ,163* | ,119* | ,262* | ,237* | ,117* | ,130* | ,143* | ,141* | ,137* | 1,000 | |
| Soma | ,034 | ,669* | ,857* | ,799* | ,637* | ,699* | ,745* | ,485* | ,685* | ,642* | ,284* | 1,000 |

Legenda: IRA- Índice de Rendimento Acadêmico. (*) - valores significativos por meio da Correlação de Spearman. Fonte: dados da pesquisa.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos dados encontra-se disposta segundo os resultados apresentados. De início serão analisadas as características individuais e familiares dos participantes. Em seguida, discutida a QVRS dos adolescentes bem como os fatores associados a ela. Por fim, contextualizadas as características acadêmicas e debatida a relação existente entre a QVRS e o RA na adolescência.

5.1 Análise discursiva do perfil e padrão de comportamento dos adolescentes

5.1.1 Perfil sociodemográfico e atributos familiares

A adolescência é uma fase de transição estendida que, segundo a OMS, compreende a faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2017). No presente estudo, a média de idade dos participantes correspondeu à segunda metade da adolescência, período marcado pela exposição a fatores de risco e adoção de padrões de comportamento não saudáveis que repercutem na vida adulta (FELDEN et al., 2016) (CRUZ; MARTINS; DINIZ, 2017) (SITNER, 2016).

A caracterização social da adolescência sofreu mudanças ao longo das gerações. O encerramento dessa fase esteve, por muito tempo, creditado ao cumprimento de três critérios: conclusão das atividades escolares, inserção no mundo do trabalho e construção da sua própria família. Entretanto, observa-se a destraditionalização desses padrões de comportamento. A vida escolar tem se estendido, bem como o desempenho de atividades laborais e o casamento têm sido postergados (VANDENBERGHE, 2014).

O perfil observado confirma esse novo padrão de comportamento. Convém salientar que quase a totalidade dos adolescentes eram solteiros, não tinham filhos e não exerciam atividade laboral. Entretanto, neste estudo, o número de adolescentes que exerciam atividade laboral foi inferior aos dados nacionais. No Brasil, apesar do progressivo afastamento dos jovens do mundo do trabalho, em 2014, cerca de 16,4% dos adolescentes conciliavam estudo e trabalho e 5,7% apenas a atividade laboral. Além disso, 6,2% das adolescentes eram mães, resultado também superior aos achados neste estudo (SPOSITO; SOUZA; SILVA, 2018).

Ressalta-se que apesar do trabalho possuir significação positiva no ideário do adolescente e dar-lhes representatividade no meio social no qual estão inseridos (MOREIRA et al., 2015), exercer atividade laboral interfere em outros domínios da vida, reduz o tempo para atividades escolares e de lazer (GRAVES et al., 2017). Entretanto, dados brasileiros contrapõem

essa realidade ao inferir que a associação entre trabalho e estudo não implicou em prejuízos ao estilo de vida de adolescentes, nem ao tempo dedicado às atividades recreativas (SILVEIRA; ROBAZZI, 2017).

Em relação às características familiares, a maioria residia com os pais e tinha o progenitor como chefe da família. Por outro lado, novos modelos familiares se destacam, a exemplo do monoparental feminino, com a mulher na chefia do seu núcleo familiar. As relações familiares passam por um processo de repersonalização e a família do novo século é constantemente reformulada (DIAS, 2016). Além do tradicional modelo nuclear (pai e mãe), coexistem os modelos monoparentais (apenas um dos pais), nuclear reconstituído (pai/mãe e madrasta /padrasto) e de genitores ausentes (VITALE; DEGOY; BERRA, 2016).

No que diz respeito à escolaridade dos pais, a instrução paterna observada encontra-se de acordo com a estatística brasileira, enquanto as mães tiveram melhor avaliação. De modo geral, no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD, 29,1% da população apresenta até o Ensino Fundamental completo. Tendo como referência o Nordeste do país, este número sobe para 32,1% (IBGE, 2018a).

É importante ressaltar que quanto maior for o grau de instrução dos progenitores, melhores serão as perspectivas de sucesso escolar dos filhos. Além disso, nota-se a interferência do gênero e da etnia. Assim, ser mulher e possuir cor de pele branca são favoráveis ao alcance do topo na estrutura educacional brasileira. Em relação ao grupo que acumula dupla desvantagem (homem, preto/pardo), apenas 5% alcançam o Ensino Superior completo (IBGE, 2017).

No que tange às questões de moradia e transporte, prevaleceu a zona de moradia urbana, o que se encontra de acordo com a tendência nacional de urbanização e distanciamento de ocupações ligadas ao setor agrícola (IBGE, 2017). Outra evidência que corrobora com tal achado é a desigualdade na distribuição de oportunidades no Brasil, com favorecimento do sul e sudeste bem como das áreas urbanas. Nesse sentido, as famílias concentram-se na zona urbana em busca de melhores oportunidades de emprego, saúde e educação (TAVARES JR; MONT'ALVÃO; NEUBERT, 2015).

Além disso, a maioria afirmou morar próximo à escola e fazer uso de transporte coletivo. A mobilidade espacial é resultado da expansão das cidades e da desproporção entre as unidades de ensino e o local de moradia dos alunos, o que implica em um grande fluxo de movimentos pendulares, com impactos ambientais, financeiros, e de saúde. Por outro lado, observa-se ambivalência da mobilidade na vida dos adolescentes. Estudar em região distante do local de moradia tanto pode comprometer os mecanismos de proteção dos indivíduos como aumenta o

espectro de oportunidades, supre carências e amplia a rede social (LIMA; FREIRE; OJIMA, 2018).

Em relação aos aspectos financeiros, a renda familiar prevalente foi de até dois salários mínimos (até 1930 reais), condizentes com dados oficiais brasileiros. No País, o rendimento mensal da população é de 2112 reais e o Nordeste é a região com pior renda (1429 reais). É importante destacar que, as desigualdades no País, medidas pelo Índice de Gini, são maiores na região Nordeste, onde o Maranhão foi o estado com pior avaliação (IBGE, 2018b).

Em razão das disparidades econômicas, no Brasil, muitas medidas vêm sendo adotadas com o intuito de reduzir as desigualdades e ampliar o acesso e a permanência de estudantes na escola. A exemplo, em 2010, foi proposto o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) que orienta o desenvolvimento de ações de assistência aos alunos de Instituições Federais. Dentre estas ações, estão: moradia estudantil, alimentação, transporte e atenção à saúde. Tais ações almejam viabilizar a igualdade de oportunidades, contribuir para o desempenho acadêmico, prevenir a retenção e a evasão decorrentes de dificuldades financeiras. Assim, prioritariamente, são atendidos alunos oriundos da rede pública de educação básica e com renda familiar per capita de até um salário mínimo (BRASIL, 2010).

A PNAES visa elevar o rendimento acadêmico ao propor ações que elevem a qualidade de vida dos estudantes e reduzam as desigualdades. Por outro lado, as ações propostas não garantem, em todos os casos, o melhor rendimento acadêmico, uma vez que, existem fatores que levam ao insucesso escolar e não estão relacionados à qualidade de vida dos alunos (COSTA, 2016). Na população estudada, a participação no PNAES foi pequena e teve como destaque a bolsa de estudos, ofertada a estudantes em vulnerabilidade social e financeira.

5.1.2 Hábitos, comportamentos e questões de saúde

Durante a adolescência, na busca pela construção de uma identidade, muitos são os comportamentos de risco assumidos. Dentre eles destacam-se: uso de álcool, tabaco e outras drogas, hábito alimentar insatisfatório e inatividade física (RUNTON; HUDAK, 2016).

Os resultados deste estudo mostram uma população de adolescentes que não apresentou comportamento lesivo quanto ao uso de álcool e tabaco. Entretanto há evidências de que os primeiros contatos com o álcool e outras drogas ocorrem na adolescência e o seu uso é agravado pela impulsividade e imediatismo próprios da fase. Como consequência, tal uso limita o desenvolvimento físico e psicossocial saudáveis. Destaca-se que, no Brasil, o uso de álcool e outras drogas por adolescentes é crescente e são fatores associados ao uso: sexo masculino,

prática de atos infracionais, evasão escolar, convívio com familiares que utilizam drogas ou em situações de agressão familiar (BITTENCOURT; FRANÇA; GOLDIM, 2015).

No contexto da prevenção ao uso de álcool e outras drogas, destacam-se as estratégias educativas. Os adolescentes apresentam conhecimento insuficiente em relação à temática e acreditam que, com o acesso a informações, seriam maiores as chances de repensarem suas escolhas. Assim, é necessário que haja intercâmbio de conhecimento e que o adolescente possa multiplicá-lo em sua realidade (SANTOS et al., 2016).

Entretanto, é preciso cautela no acesso a essas informações que devem ser obtidas, preferencialmente, sob supervisão. Estudo brasileiro com 109.104 adolescentes revelou que o acesso a informações por meio da internet esteve associado ao uso recente de drogas, uma vez que, a obtenção de informações desordenadas pode incentivar o uso (ANDERSEN; HORTA; PATTUSSI, 2018).

Ademais, os adolescentes apresentaram hábitos alimentares não saudáveis e a prática de atividade física foi irregular, o que resulta em insatisfação com o peso. No Brasil, estudo com 535 adolescentes confirmou essa relação ao afirmar que a incidência de sobrepeso e obesidade possui relação direta com o mau hábito alimentar e a inatividade física (PINHO; BOTELHO; CALDERA, 2014).

Além dos benefícios para a saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e a prevenção de comportamentos sedentários elevam a satisfação com o corpo e o bem-estar na adolescência (GUERRA et al., 2018). Cabe salientar que muitos dos riscos assumidos nessa fase refletem nas subseqüentes, de modo que adolescentes saudáveis tendem a tornar-se adultos mais conscientes com a sua saúde e com menos problemas médicos crônicos (CASAS et al., 2015).

A adoção de comportamento sedentário associado ao tempo de tela é outra preocupação a ser discutida. Nesse estudo, observou-se o acesso frequente à internet, o que condiz com dados nacionais. No Brasil, o acesso à internet é bastante difundido, sendo maior nas grandes regiões (Sudeste – 76,7%) e o Nordeste apresenta a menor proporção de acesso (56,6%). Dentre os que utilizam internet, 97,2% das vezes o fazem por meio do telefone celular. Além disso, o acesso é maior entre as mulheres e os com melhor posição socioeconômica (IBGE, 2018c).

O uso de recursos tecnológicos, em especial, a utilização abusiva de celular e o estado de permanente conexão à internet provoca danos à saúde de adolescentes. Os achados deste estudo estão em acordo com a literatura que afirma que a maioria dos adolescentes ultrapassa o limite diário de uso desses recursos. Na China, pesquisadores identificaram que 40% dos adolescentes ultrapassam o uso recomendado de 2 horas por dia (14 horas semanais) e

confirmaram o efeito deletério do seu uso, com impactos nos hábitos alimentares, prática de atividade física, autoestima e satisfação com a vida (YAN et al., 2017).

Dados europeus confirmam as consequências do uso da internet para a saúde. Na Sérvia, a predileção do uso da internet como meio de comunicação e o distanciamento das relações interpessoais predizem a ocorrência de depressão entre adolescentes (BANJANIN et al, 2015). Além disso, em Portugal, pesquisadores constataram que o uso excessivo de telefone celular e computador com acesso à internet estiveram relacionados ao uso drogas, comportamentos violentos, iniciação sexual precoce e distúrbios do sono (PAIVA; GASPAR; MATOS, 2016).

Outro comportamento de risco assumido pelos adolescentes foi o padrão de sono insatisfatório. Destaca-se que o excesso de atividades e a rotina atribulada, seja em detrimentos de ocupações acadêmicas ou extra-acadêmicas, fazem com que o adolescente não dedique a devida importância ao sono e repouso necessários. Nesse sentido, evidências sugerem que negligenciar o sono traz consequências à vida escolar do adolescente, com benefício para aqueles que possuem entre 7 e 9 horas de sono diárias (HYSING et al., 2016).

Ademais, os distúrbios do sono repercutem na saúde e qualidade de vida dessa população e podem ser observados por meio dos seguintes sintomas: cefaleia, fadiga, estresse, irritabilidade, depressão, dentre outros. Nesses casos, é importante o manejo imediato do quadro, com diagnóstico precoce e levantamentos dos possíveis fatores causais. Quanto à etiologia, possuem relação com problemas físicos ou, principalmente, emocionais. Assim, as intervenções propostas devem sobretudo pretender o bem-estar do adolescente, com eliminação dos fatores estressores (PAIVA; GASPAR; MATOS, 2015).

Conforme mencionado, uma das manifestações associadas ao padrão de sono insatisfatório é a cefaleia. Na população estudada, foi relevante a manifestação desse sintoma. A cefaleia é a principal manifestação de dor na infância e adolescência, com impacto na vida social, familiar e acadêmica. Dados similares foram levantados no Brasil, onde a análise de 195 estudantes revelou prevalência de 97,3% de cefaleia. Em relação à intensidade, para a 21% foi severa, com potencial incapacitante, e 23% procurou atendimento médico de emergência devido à manifestação do sintoma (ROCHA-FILHO; SANTOS, 2014).

Destaca-se que o referido sintoma possui relação com diversos comportamentos assumidos na adolescência. Aspectos emocionais, alimentação inadequada e privação de sono foram os principais fatores desencadeantes da dor (MAGALHÃES; LOPES; MARBACK, 2016). Além disso, o uso de computadores e jogos eletrônicos também esteve relacionado à elevada frequência de cefaleia em adolescentes (XAVIER et al., 2015). Em consequência à

cefaleia, observam-se: limitações das atividades de vida diárias e absenteísmo escolar (LIMA et al., 2014).

Em suma, na adolescência há elevada frequência de comportamentos de risco. Destacam-se os hábitos sedentários que predispõem a ocorrência de problemas médicos crônicos, a abstenção da prática de atividade física e a opção por atividades de lazer virtuais, com elevado uso de internet e equipamentos eletrônicos. Por outro lado, esses comportamentos são passíveis de mudança, para isso, é fundamental a atuação da rede social (escola-família-sociedade) no delineamento de intervenções e promoção de saúde e qualidade de vida para essa população (CHAU et al., 2016).

5.2 Qualidade de vida relacionada à saúde e fatores associados

5.2.1 Qualidade de vida segundo as dimensões do KIDSCREEN-52

A QVRS é determinada pelo contexto ao qual o adolescente encontra-se inserido e reflete características individuais, familiares e sociais. Desse modo, a sua mensuração por domínios pondera com maior fidedignidade a percepção da população estudada. Por meio do KIDSCREEN-52, foram avaliados dez domínios da QVRS. No presente estudo, os participantes, de modo geral, revelaram boa qualidade de vida nos domínios estudados.

Na literatura existente, no que tange à utilização do KIDSCREEN-52, não se observa consensos em relação às médias da QVRS nem quanto aos domínios com pior ou melhor percepção na adolescência. As médias observadas foram superiores aos achados de outros estudos realizados com adolescentes saudáveis na Espanha, Colômbia e Chile (SIMÓN-SAZ et al., 2018; QUICENO; VINACCIA, 2013; URZÚA M; GODOY B; OCAYO T., 2011). Por outro lado, foram inferiores a valores Europeus e Latino-Americanos (THE KIDSCREEN GROUP, 2006; GASPAR et al., 2010; HARALDSTAD; CHRISTOPHERSEN; HELSETH, 2017; GUEDES et al., 2014; MENDES; PICOLLI; QUEVEDO, 2010; PIRES-JUNIOR et al., 2018).

Em comparação com dados nacionais, o uso do KIDSCREEN-52 foi identificado apenas na região sul do País, com dados superiores aos encontrados neste estudo (GUEDES et al., 2014; MENDES; PICOLLI; QUEVEDO, 2010; PIRES-JUNIOR et al., 2018). Os estados da região sul do Brasil possuem o 3º, 5º e 6º melhores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país. Por outro lado, a população estudada pertence ao Estado que ocupa a penúltima posição nesse ranking, 26º colocação. Assim, as disparidades econômicas, sociais e de oportunidades

entres as unidades federativas e regiões do Brasil parecem definir a percepção de saúde e qualidade de vida (PNUD; IFPEA; FJIP, 2013).

A população estudada, em sua maior parte, negou possuir alguma deficiência, doença ou problema médico crônico. Em relação às doenças mencionadas, destacam-se as patologias respiratórias. Dados similares foram encontrados na Argentina por estudo que objetivava encontrar as diferenças da QVRS na presença ou ausência de doenças crônicas. Os resultados indicaram que, para doentes crônicos, a dimensão saúde e atividade física foi a mais prejudicada, mas também foram observados desvios nas dimensões “sentimentos”, “autopercepção” e “ambiente familiar” (RIVERA et al., 2015).

No presente estudo, em relação às médias por domínio avaliado, “saúde e atividade física” apresentou o pior escore, o que significa dizer que foi observado baixo nível de atividade física e energia. No contexto atual de imersão na era digital, principalmente os jovens tendem a adotar comportamentos sedentários enquanto se distanciam da prática regular de atividade física. A adoção de hábitos saudáveis, a exemplo da prática de atividade física e alimentação saudável, foi revelada como núcleo central da QV em um estudo realizado com adolescentes no Nordeste do Brasil (MOREIRA et al., 2015).

Ademais, fatores intrínsecos à prática de atividade física também são capazes de afetar a saúde e a QV de adolescentes, como é o caso da capacidade aeróbica e da aptidão cardiorrespiratória. Estudo espanhol com 298 estudantes concluiu que a capacidade aeróbica associada à prática de atividade física é um importante indicador de saúde, repercutindo na autopercepção da QV (CASAS et al., 2015). Além disso, estudo realizado em três países da América Latina acrescentou que a aptidão cardiorrespiratória associada ao esforço físico produz impacto na QV de adolescentes, melhora a percepção da condição física, reduz os sentimentos depressivos e o estresse (GUEDES et al., 2014).

Nesse sentido, defende-se que a adoção de hábitos saudáveis deve ser incentivada precocemente, uma vez que, a saúde adulta parece estar relacionada com o nível de atividade e condição física que a pessoa assume nas primeiras décadas de vida (CASAS et al., 2015). Ademais, o incentivo à prática de atividade física deve ser maior entre as meninas. Em detrimento de fatores socioculturais, os meninos são incentivados a praticar atividades físicas e laborais mais vigorosas, enquanto as meninas são direcionadas às atividades com a família. Tal fato repercute nos hábitos adotados durante todas as fases da vida e, conseqüentemente, na saúde e no nível de QV atingido (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014).

Além da indisposição para a prática de atividade física, sentir-se estressado e sob pressão são fatores que influenciam a baixa percepção da QV por adolescentes (MENDES; PICCOLI;

QUEVEDO, 2014). O KIDSCREEN-52 discute aspectos relativos à saúde e ao bem-estar mental por meio de dois domínios: “sentimentos” e “estado emocional”. O domínio “sentimentos” examina o bem-estar psicológico, inclui sentimentos positivos e a satisfação com a vida. Já a dimensão “estado emocional”, identifica o humor, as emoções depressivas e os sentimentos estressantes, tais como solidão e tristeza (THE KIDSCREEN GROUP, 2006).

A importância e o interesse em discutir a saúde mental na adolescência cresceu em todo o mundo. Isso porque, nessa faixa etária, as doenças mentais têm incidência crescente e relacionam-se com as características sociais, familiares e escolares. Ainda mais preocupante é o apoio insuficiente oferecido a esses adolescentes em sofrimento mental. Na Áustria, 12,7% dos estudantes pesquisados apresentaram algum tipo de desordem mental e, desses, mais de 90% não receberam qualquer tipo de ajuda, o que reforça a importância de intervenções para a prevenção dos comportamentos ansiosos e sintomas depressivos na adolescência (PHILIPP et al., 2018).

No Brasil, o perfil nosológico de atendimentos em saúde mental revelou tendência crescente no número de atendimentos infanto-juvenil. Dentre os grupos diagnósticos mais frequentes estão: transtornos de comportamento e emocionais (atos delinquentes, comportamento antissocial, ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade); seguido por transtornos de desenvolvimento psicológico, como o autismo. Além disso, foram identificados casos de retardo mental, esquizofrenia e transtornos do humor (depressão, bipolaridade) (GARCIA; SANTOS; MACHADO, 2015).

No presente estudo, os adolescentes revelaram boa satisfação com a vida e sentimentos positivos. Por outro lado, o estado emocional não foi bem pontuado. Isso corrobora com os dados expostos de que é grande a incidência de sentimentos depressivos e de estresse entre os adolescentes. Em muitos casos, a rotina atribulada, a sobrecarga emocional e a falta de suporte familiar e social são prejudiciais à percepção do estado emocional, o que implica em pior avaliação da QV.

Em relação às dificuldades emocionais, a procura de adolescentes por recursos terapêuticos ainda é reduzida. A escola, enquanto espaço amplo de vivência dos adolescentes, é capaz de intervir nessa problemática. Tais intervenções envolvem consultas para tratamento/aconselhamento e terapias alternativas para estímulo do corpo-mente.

Estudo norte-americano identificou que, apesar das terapias alternativas (meditação, relaxamento, yoga) apresentarem resultados benéficos para a saúde, bem-estar e desempenho acadêmico, ainda são pouco utilizadas pelos serviços de saúde escolar. Além do mais, a busca por serviços de apoio é maior entre os estudantes com alguma dificuldade emocional ou

comportamental, por essa razão, a atuação é mais curativa do que preventiva (JAYAWARDENE et al., 2017).

A dimensão “autopercepção” remete à avaliação, positiva ou negativa, que o adolescente faz da aparência do seu corpo. Examina o quão satisfeito está o adolescente consigo e com a sua aparência, reflete o valor que ele atribui a si próprio e à percepção de como os outros o valorizam (THE KIDSCREEN GROUP, 2006). A percepção corporal muito tem a ver com os padrões sociais e insatisfações com o corpo, reflexo do desejo de inserção social e autoafirmação entre os pares (MOREIRA et al., 2015). Nesse estudo, os valores observados revelaram satisfação dos adolescentes com o seu corpo/aparência.

No Brasil, dados discordantes foram encontrados em estudo realizado no Rio Grande do sul. Em relação à percepção da imagem corporal, 65% dos adolescentes estavam insatisfeitos e esse descontentamento se referia, principalmente, ao excesso de peso. Além disso, apesar de não revelar dados estatisticamente significantes, a insatisfação com a imagem corporal pelo excesso de peso sugeriu uma diminuição na QV geral dessa população (PALUDO; DALPUBLE, 2015).

Ainda em referência à imagem corporal, o impacto sobre a QVRS é maior para o sexo feminino, repercutindo inclusive nos aspectos emocionais. Na Coreia, um estudo com 385 adolescentes do sexo feminino identificou que 92,5% delas encontravam-se insatisfeitas com o peso corporal e que esta variável possui relação direta com a autopercepção da QVRS. Por fim, concluíram que a imagem corporal negativa e a pior percepção da QVRS estão relacionadas com quadros depressivos entre as meninas (RA; CHO, 2017). Na mesma perspectiva, no Brasil, adolescentes insatisfeitos com o corpo estiveram mais susceptíveis à ideação suicida (CLAUMANN et al., 2018).

Em relação à “autonomia e tempo livre”, refere-se à oportunidade dada à criança ou adolescente para organizar e decidir sobre o tempo gasto com atividades sociais e de lazer. A autonomia é a oportunidade de desenvolver uma identidade pessoal através da liberdade de escolha e independência (THE KIDSCREEN GROUP, 2006). Neste estudo, a autonomia esteve entre as dimensões com pior avaliação, principalmente entre as meninas.

Nesse contexto, um estudo norte-americano com 527 adolescentes identificou dados similares: a autonomia foi maior para o sexo masculino, além de ser melhor avaliada pelos de maior idade. Importante destacar que os adolescentes utilizam seus pares como métrica para nivelar o nível desejado de autonomia. Desse modo, quando julgam possuir menos liberdade que o seu grupo de amigos, surge o desejo de maior autonomia. Nesses casos, observam-se conflitos familiares pelo questionamento da autoridade dos pais (DADDIS, 2011).

O “ambiente familiar” é outro domínio avaliado pelo KIDSCREEN-52 e reflete a relação com os pais e o clima familiar. Além disso, avalia se a criança ou adolescente se sente amado e se tem a família como fonte de suporte e conforto (THE KIDSCREEN GROUP, 2006). Os resultados encontrados mostram que os adolescentes possuem boa relação familiar, apesar de não possuírem diálogo aberto com os pais. A boa comunicação entre pais e filhos reflete positivamente na QVRS e no modo de viver dos adolescentes.

A maneira com a qual os pais se relacionam com seus filhos, por meio de diálogo aberto, gera experiências familiares exitosas e tem impacto positivo no desenvolvimento dos adolescentes. Pais mais atentos e presentes são mais prováveis de assumir postura menos reativa em direção ao comportamento dos seus filhos, o que favorece a quebra automática de ciclos mal adaptativos. Além disso, o acolhimento e o apoio familiar tornam o adolescente mais apto a superar eventos estressantes e a lidar com pensamentos e emoções negativas (MOREIRA; GOUVEIA; CANAVARRO, 2018).

Corroborando com o exposto, estudo realizado com 439 famílias iranianas analisou a relação entre o estilo parental e a QVRS de adolescentes. Os adolescentes que apresentavam pais autoritários manifestaram pior QV. Nesse sentido, a busca pelo equilíbrio entre a disciplina e a permissividade repercutiu positivamente nos seguintes domínios da QVRS de adolescentes: saúde e atividade física, sentimentos, amigos e apoio social, e autonomia (SANAVI et al., 2013).

Baseado nisso, o relacionamento harmonioso entre pais e filhos é considerado fator importante para a QV na adolescência. Entretanto, estudo longitudinal brasileiro, com seguimento de 91 participantes, contradisse essa afirmativa ao identificar que o relacionamento familiar não teve poder explicativo sobre os problemas emocionais e comportamentais na adolescência. Os autores conjecturaram que, para adolescentes, a interferência das relações sociais com os seus pares é superior à gerada pelo ambiente familiar (HESS; TEODORO; FALCKE, 2013).

A formação de grupos sociais relaciona-se à elevada percepção da QV na adolescência e o sentimento de pertencimento a um grupo favorece a manifestação e o compartilhamento de sentimentos, problemas e esperanças. É por meio da formação de grupos e da identificação com seus pares que o adolescente se sente seguro e protegido (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014).

A dimensão “amigos e apoio social” foi bem avaliada e reflete a relação de crianças e adolescentes com seus pares. Por outro lado, a maioria dos participantes afirmou não possuir tempo suficiente para estar com o seu ciclo social. Dentre os aspectos avaliados, questiona se a

criança/adolescente se sente aceito, apoiado e incluído em um grupo. Além disso, avalia a habilidade em construir e manter relações de amizade (THE KIDSCREEN GROUP, 2006).

Nessa perspectiva, um estudo brasileiro, realizado com 3396 adolescentes de 69 escolas do Rio Grande do Sul salientou que, além da importância do contexto familiar e escolar, as relações de amizade despontam como fator determinante da QV na adolescência, bem como interfere na saúde e imagem corporal (CÂMARA; TOMASI, 2015).

Ademais, estudo sueco, com 996 adolescentes, ressaltou o fato de que as relações de amizade mantidas durante a adolescência repercutem na fase adulta, ou seja, adolescentes que sustentam relações harmoniosas de amizade com seus pares tornam-se adultos mais satisfeitos com a vida (MARION et al., 2013).

Os “aspectos financeiros” também podem influenciar a QV de adolescente e, no presente estudo, esteve entre as com pior avaliação. Tal dimensão analisa se a criança ou adolescente julga ter recursos financeiros suficientes para viver em um padrão similar ao dos seus pares, inclusive tendo oportunidade para vivenciar as mesmas experiências (THE KIDSCREEN GROUP, 2006).

Vários estudos, em âmbito nacional e internacional, analisaram a relação entre o padrão financeiro e a QV na adolescência. No Brasil, estudo longitudinal com 4452 adolescentes revelou maior QV para aqueles em melhor posição socioeconômica (GONÇALVES et al., 2010). Na Alemanha, estudo com 508 adolescentes demonstrou resultados similares, com relação direta entre o bem-estar mental e o nível socioeconômico (RÜPPEL; LIERSCH; WALTER, 2015). Por outro lado, resultados discordantes foram encontrados na Espanha, com diferenças mínimas da QV entre diferentes classes sociais (BARRIUSO- LAPRESA; HERNANDO- ARIZALETA; RAJMIL, 2012).

As últimas dimensões referem-se à avaliação do ambiente escolar e do bullying entre os adolescentes, ambas foram bem percebidas neste estudo. Destaca-se que a avaliação do domínio ambiente escolar foi superior aos demais estudos brasileiros (PIRES-JÚNIOR et al., 2018; GUEDES et al., 2014; MENDES; PICOLLI; QUEVEDO, 2013). O “ambiente escolar”, explora a capacidade de concentração e aprendizagem, e pesquisa os sentimentos relacionados à escola. A “provocação/bullying” diz respeito ao sentimento de rejeição pelos pares em ambiente escolar; quando um aluno é, repetidamente, intimidado ou abordado de forma desagradável por outros alunos (THE KIDSCREEN GROUP, 2006).

A relação entre QV e variáveis escolares foi discutida por estudo espanhol que envolveu 967 adolescentes. Dentre os resultados, constatou-se que os estudantes que apresentaram maior comprometimento com as atividades escolares, apresentaram melhor satisfação com a vida em

geral (BALAGUER; DUDA; CASTILLO, 2017). Dados norte-americanos corroboram com a ideia de que as experiências escolares impactam, em maior ou menor grau, as diversas dimensões da vida dos adolescentes. Acrescentam ainda que o suporte dos pares e, principalmente, a participação da família em assuntos escolares implica em maior satisfação com a vida na adolescência (SIDDALL; HUEBNER; JIANG, 2013).

Em outra perspectiva, experiências negativas relacionadas ao contexto escolar impactam negativamente a QV na adolescência, como é o caso do bullying. Ser amedrontado pelos colegas e receber chacotas são fatores importantes que influenciam na baixa percepção da QV dos adolescentes (MENDES; PICCOLI; QUEVEDO, 2014).

No Brasil, estudo com 55 estudantes, de 11 escolas, objetivou conhecer as concepções de adolescentes sobre bullying. Apenas 13% negou ter qualquer envolvimento em situações de *bullying*, 44% foram testemunhas e 29% se disseram vítimas. O tipo de *bullying* mais mencionado foi o verbal (apelidos pejorativos e ofensas), seguido pelo psicológico (exclusão, ameaça e instituição do medo nas relações) e físico. As motivações para a prática do *bullying* foram: inveja, intolerância às diferenças e desejo de causar sofrimento – mesmo sem causa aparente. Para o estudante, o *bullying* gera sentimento de impotência, insatisfação, medo e baixa autoestima, com consequência para a saúde, desenvolvimento e processo de ensino-aprendizagem (OLIVEIRA et al, 2018).

A discussão e o melhor entendimento acerca das dimensões que compõem a qualidade de vida de adolescentes, além de permitir a identificação de vulnerabilidades e comportamentos de risco, norteiam intervenções com foco na promoção da saúde e do bem-estar. A literatura existente reforça o princípio de que tais intervenções ocorrem primordialmente no contexto escolar (RUNTON; HUDAK, 2016). Além disso, destaca-se que as ações de saúde devem, sempre que possível, envolver a família do adolescente. O diálogo tem sido pouco frequente no contexto familiar e, por meio dele, muitos comportamentos de risco podem ser evitados, com consequentes benefícios para a saúde e QV (PINHEIRO; ANDRADE; DE MICHELI, 2016).

5.2.2 Fatores associados à qualidade de vida dos adolescentes

Durante as fases da vida observam-se mudanças quanto à percepção subjetiva da qualidade de vida e, na adolescência, essa transição coincide com o processo de desenvolvimento natural bem como possui relação com o sistema educacional e com a transição de um nível de ensino a outro (GONZÁLEZ-CARRASCO et al., 2016). Assim, a QVRS de

adolescentes reflete a interação entre diversos sistemas e é influenciada por vários fatores, intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo (GAXIOLA; ARMENTA, 2016).

Nesse estudo, dentre as variáveis estudadas, apenas sete tiveram associação estatisticamente significativa com a boa QVRS. Dentre elas, observam-se características individuais (idade de até 15 anos; sexo masculino), familiares (família composta por mais de quatro pessoas; pai como chefe familiar) e comportamentais (prática frequente de atividade física; satisfação com o peso e; com o sono), o que endossa a multidisciplinaridade da QVRS.

Com relação ao sexo e à idade, os dados desse estudo corroboram com a literatura existente que estabelece a idade e o sexo como fatores capazes de interferir na percepção da QVRS na adolescência. Assim, adolescentes do sexo feminino e com idade superior a 15 anos manifestaram pior percepção da sua QVRS.

Nesse sentido, estudos internacionais apontam o decréscimo progressivo da percepção da QVRS com o avançar da idade, com diferença mais significativa para o sexo feminino, o que sugere um sistema homeostático mais sensível a variações (GONZÁLEZ-CARRASCO et al., 2016; CORDERO et al., 2017; MARIA et al., 2017; MEADE; DOWSWELL, 2016). No que concerne aos dados nacionais, não há consenso. Em São Paulo, a associação foi confirmada (BENINCASA et al., 2015). Entretanto, no Rio de Janeiro, apesar das adolescentes do sexo feminino pontuarem melhor em quase todas as dimensões, as diferenças não foram significativamente importantes (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018).

Baseado no exposto, adolescentes do sexo feminino são mais susceptíveis a apresentar baixa QVRS quando comparado ao sexo oposto. Em muitos casos, esse julgamento negativo se refere a questões culturais e padrões sociais impostos que tornam as adolescentes insatisfeitas com a sua imagem corporal (MOREIRA et al., 2015), sobrecarregam o seu estado emocional e impactam nas demais dimensões da vida (RA; CHO, 2017).

Comportamentos relacionados às atividades diárias dos adolescentes também podem ser mencionados. As meninas estão mais envolvidas com tarefas domésticas, possuem menor tempo para atividades de lazer e mostram maior insatisfação com seus aspectos financeiros (TILIOUINE; MOKADDEM; REES, 2018). Além disso, a QVRS na adolescência possui elevada associação com a prática de atividade física, comportamento menos comum para o sexo feminino (MOREIRA et al., 2015).

Em relação à redução da QVRS com a idade, há duas teorias explicativas. A primeira, diz respeito às crescentes demandas e responsabilidades que são assumidas com o avançar da idade. A segunda, remete ao amadurecimento das funções cognitivas e à perspectiva mais

realista com a qual o adolescente passa a enxergar o mundo (SHEK; LI, 2016) (SALMELARRO; TYNKKYNEN, 2010).

Ademais, na adolescência, as relações familiares harmônicas repercutem positivamente na QVRS. Isso porque, no ideário do adolescente, a família é fonte de apoio e suporte (SANAVI et al., 2013). Por outro lado, no contexto atual, o tempo de convivência com os pais é uma realidade cada vez mais distante no cotidiano do adolescente. Sendo assim, o maior número de irmãos ou a presença de outros familiares em casa supre a carência de apoio parental e amplia o suporte oferecido. Nesse estudo, constatou-se que ter um núcleo familiar com mais de quatro pessoas é benéfico para a QVRS dos adolescentes.

Ainda em relação ao contexto familiar, ter o pai como chefe da família implicou em melhor percepção da QVRS. Tal achado possivelmente tem relação com a posição social do homem e da mulher e com os novos modelos familiares (DIAS, 2016). Ser mãe e provedora principal do seu núcleo familiar sobrecarrega essa mulher que, muitas vezes, apresenta dificuldades em assumir os diversos papéis a ela atribuídos. Nesse sentido, o distanciamento da mãe de atividades relacionadas ao cuidado do lar, repercute na qualidade das relações familiares e no suporte percebido pelos filhos.

As demais características associadas à QVRS referem-se aos comportamentos e hábitos assumidos pelos adolescentes, a saber: prática de atividade física, satisfação com o peso e com o sono. Tais resultados possuem suporte na literatura internacional e nacional, descritos a seguir. É comprovada a associação positiva entre a QVRS e a adoção de comportamentos saudáveis na adolescência (BALAGUER; DUDA; CASTILLO, 2017). Além dos benefícios para a saúde, a manutenção de hábitos saudáveis e a prevenção de comportamentos sedentários elevam a satisfação com o corpo e promovem o bem-estar na adolescência (GUERRA et al., 2018).

Destaca-se que ser fisicamente ativo, no ideário social, é mais do que uma questão de saúde. O culto ao corpo é uma inquietação constante, principalmente entre os mais jovens. Nesse sentido, a insatisfação com o peso e com a imagem corporal levam à prática de atividade física. A relação inversa também é observada, dados nacionais revelaram que a incidência de sobrepeso e obesidade tem como componente principal a inatividade física (PINHO; BOTELHO; CALDERA, 2014).

Além do mais, a insatisfação com o corpo eleva a ocorrência de distúrbios alimentares (ex: bulimia e anorexia), as quais implicam em pior avaliação global da QVRS por adolescentes (ZEILER et al., 2016). Tais distúrbios são queixas mais frequentes para o sexo feminino e estão geralmente associadas à somatização de problemas emocionais (LOH et al., 2015).

Os hábitos de sono assumidos pelos adolescentes também interferem na percepção da QVRS. No presente estudo, a satisfação com o sono foi determinante para a melhor percepção da QVRS. Os distúrbios do sono manifestam-se por meio de sintomas diversos, os mais comuns são: cefaleia, irritabilidade e nervosismo, dentre outros. Além disso, ocasionalmente, implicam em episódios depressivos, quadros de ansiedade e outros problemas médicos com tendência à cronicidade (PAIVA; GASPAR; MATOS, 2015).

Destaca-se que a irregularidade no padrão de sono e repouso dos adolescentes possui relação com a adoção de comportamentos sedentários e com o envolvimento em atividades de baixo dispêndio energético, a exemplo do uso do computador, celular e jogos eletrônicos (FELDEN et al., 2016). Nesse sentido, as atividades cotidianas bem como os hábitos e comportamentos dos adolescentes parecem definir a sua satisfação com o sono.

O excesso de atividades e a rotina atribulada, seja em detrimento de ocupações acadêmicas ou extra-acadêmicas, faz com que o adolescente não dedique a devida importância ao sono e repouso necessários. Salienta-se que apesar dos distúrbios do sono representarem queixas frequentes entre estudantes, são subestimados e pouco debatidos no ambiente escolar (HYSING et al., 2016). Ademais, muitas vezes o ambiente de ensino-aprendizagem não corrobora com a promoção de hábitos de sono saudáveis e a escassa discussão acerca da temática negligencia a identificação dos casos bem como posterga a intervenção junto a estudantes com padrão de sono prejudicado (TAYLOR et al., 2013).

Com base no que foi debatido, observa-se que a QVRS foi influenciada por características intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, com destaque para os hábitos e comportamentos assumidos pelos adolescentes. Ressalta-se ainda que os comportamentos de risco observados são passíveis de prevenção. Nesse sentido, profissionais da saúde, com destaque para os enfermeiros, educadores em potencial, possuem papel de destaque no delineamento de ações educativas com foco na mudança de comportamento e no estímulo à adoção de hábitos saudáveis.

5.3 Relação entre a qualidade de vida e o rendimento acadêmico de adolescentes

A relação entre a QVRS e o RA na adolescência ainda é pouco documentada. Nesse estudo, a QVRS foi aferida pelo KIDSCREEN-52 e o RA, medido por meio do IRA (média ponderada das notas). Dentre as dez dimensões da QVRS avaliadas pelo KIDSCREEN-52, apenas duas estiveram correlacionadas ao IRA, a saber: autonomia e tempo livre, e ambiente escolar.

De modo geral, a literatura estudada revela relação positiva entre a QVRS e o RA. Assim, quanto melhor a percepção da QVRS, maior o RA. Ressalta-se que os estudos sobre a temática seguem percursos metodológicos diversos e se limitam à realidade específica do local estudado, o que impede a comparação fiel dos resultados. Além de dados latino-americanos (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015), a relação foi estudada nos Estados Unidos da América (LYONS; HUEBNER, 2016; SULDO; SHAFFER; RILEY, 2008; GILMAR; HUEBNER, 2006), em países da Europa (CHAU et al, 2016; SALMELA-ARO; TYNKKYNNEN, 2010; PROCTOR; LINLEY; MALTBY, 2010) e na China (SHEK; LI, 2016).

Dentre os estudos similares, o realizado na América Latina é o que mais se assemelha a esse, tanto em questões metodológicas quanto em relação aos resultados encontrados. Na Argentina, estudo com 552 adolescentes avaliou a QVRS por meio do KIDSCREEN e revelou associações com o RA, em quatro domínios: autonomia e tempo livre, amigos e apoio social, ambiente escolar, ambiente familiar (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015). As relações estabelecidas eram, portanto, esperadas. Por outro lado, há evidências que sustentam a relação do RA com outros domínios da QVRS não identificados neste estudo, o que pode estar relacionado às características socioculturais dos diferentes países envolvidos.

No que tange às correlações observadas, quanto melhor a avaliação da dimensão ambiente escolar, maior foi o IRA observado. Essa correlação demonstra que, para os adolescentes, estar satisfeito com a vida escolar implica em melhor rendimento na escola.

De modo geral, os estudantes apresentaram IRA satisfatório e percentual de frequência elevado, o que revela comprometimento com as atividades escolares. Nesse sentido, estudantes que apresentam maior comprometimento com a escola e que se mantêm motivados a aprender revelam melhor satisfação com a vida em geral, mantêm hábitos saudáveis e evitam comportamentos de risco à saúde (BALAGUER; DUDA; CASTILLO, 2017).

Assim, são variáveis escolares que afetam o rendimento acadêmico de adolescentes: a dinâmica escolar e as políticas educacionais (LOBO; BATISTA; DELGADO, 2015), bem como a didática do professor (método, paciência e clareza) e a aptidão do aluno diante das diferentes disciplinas. Ademais, aspectos socioemocionais (clima escolar) e fatores físicos (localização da escola, condições de temperatura, acústica e iluminação) também podem afetar o rendimento do aluno (MICHAEL et al, 2015) (LIMA; VIVIANI, 2015).

Entende-se, portanto, que as experiências escolares impactam, em maior ou menor grau, as dimensões da vida dos adolescentes e o ambiente escolar é entendido como espaço promotor de uma vida com qualidade (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018). Além disso, a família destaca-se como mediadora nesse processo, assim, os adolescentes cujos pais

participam ativamente de suas experiências escolares apresentam melhor QV (SIDDALL; HUEBNER; JIANG, 2013).

Em relação à autonomia e ao tempo livre, estiveram indiretamente relacionados ao RA, ou seja, o envolvimento em atividades escolares e o elevado comprometimento em obter boas notas interferem no gerenciamento e na utilização do tempo livre, além de limitar a autonomia e a liberdade para assumir escolhas e tomar decisões sobre a sua própria vida. Tal dado, contraria resultado argentino que identificou associação diretamente proporcional entre a QVRS e o RA de adolescentes (VITALE; DEGOY; BERRA, 2015).

É importante ressaltar que, na última década, as vivências dos adolescentes estão cada vez mais relacionadas ao ambiente escolar, o que não significa que devem se limitar a ele. É necessário que se estimule o equilíbrio de modo que a dedicação aos deveres acadêmicos não deve eliminar as experiências sociais e os momentos de lazer tão importantes nessa fase da vida (SPOSITO; SOUZA; SILVA, 2018).

A população estudada possui algumas especificidades que podem justificar os dados encontrados. Além do ensino médio regular, os estudantes cursam disciplinas técnicas que aumentam a carga de estudo. Ademais, na busca por uma posição de destaque acadêmico alguns deles participam de programas institucionais, no desenvolvimento de pesquisas ou projetos de extensão, o que eleva a exigência escolar, reduz o tempo livre e prejudica a autonomia dos alunos.

A escola é considerada espaço fecundo para a produção de saúde e promoção de hábitos saudáveis. Nessa perspectiva, a pedagogia adotada deve priorizar não apenas o aprendizado, mas o completo desenvolvimento de crianças e adolescentes, com articulação entre docentes e profissionais de saúde na identificação de prioridades e delimitação de temas transversais a serem debatidos (VIEIRA et al, 2017). Assim, a atuação de profissionais da saúde no contexto escolar deve priorizar a identificação precoce dos fatores nocivos à saúde e ao bem-estar dos adolescentes e, em articulação ao setor pedagógico, propor intervenções oportunas (CHRISTMANN; PAVÃO, 2015).

Baseado no exposto, defende-se que seja discutido o nível de exigência ao qual os alunos são expostos, bem como sejam desenvolvidas estratégias que os auxiliem no melhor gerenciamento do tempo para que as atividades escolares não prejudiquem as demais dimensões da vida. Ressalta-se que tais estratégias precisam ser flexíveis e projetadas de acordo a realidade de cada população. Além disso, é importante que adotem recursos lúdicos e atrativos que garantam maior adesão. Nesse sentido, o uso de ferramentas tecnológicas e metodologias ativas destacam-se como possíveis fontes de intervenções.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa alcançou os objetivos delineados e, a partir dos resultados encontrados, foi possível identificar relações entre as variáveis estudadas. Para a população de adolescentes envolvida no estudo, a QVRS foi pior percebida nas dimensões: saúde e atividade física, aspectos financeiros e estado emocional. Acrescenta-se que a boa QVRS esteve associada a características individuais, familiares e comportamentais dos adolescentes, endossando a propriedade multidisciplinar da QVRS.

Dentre os fatores associados à boa qualidade de vida destacam-se características individuais (idade de até 15 anos e sexo masculino), atributos familiares (pai como chefe da família e família com mais de quatro componentes), além de hábitos e comportamentos assumidos pelos adolescentes (prática frequente de atividade física, satisfação com o peso e com o sono).

No que se refere à correlação da QVRS com o RA dos participantes, as dimensões “ambiente escolar” e “autonomia e tempo livre” apresentaram relação estatisticamente significativa com o IRA. Adolescentes satisfeitos com a escola apresentaram melhor IRA; por outro lado, estudantes com elevado rendimento na escola apresentaram menor autonomia para decidir sobre o tempo livre a ser gasto com atividades sociais e de lazer.

Nesse sentido, a desproporção observada entre o tempo gasto com atividades acadêmicas e extra-acadêmicas e o favorecimento dos assuntos escolares, apesar de repercutir positivamente no rendimento acadêmico, reduz a qualidade das relações sociais e limita o tempo livre destinado a atividades de lazer.

Diante do exposto, é reforçada a importância do debate aberto e inclusivo com vistas à promoção de comportamentos saudáveis na adolescência. Ademais, deve ser estimulado o equilíbrio na rotina do adolescente, sem sobreposição ou privilégio de uma dimensão da vida em relação às demais. Para tanto, medidas interventivas tornam-se indispensáveis. É importante ressaltar que o delineamento de ações deve ser primordialmente desenvolvido por profissional competente e, no que tange às questões de educação em saúde, os profissionais da enfermagem possuem perfil de destaque.

Em relação às ações de saúde, historicamente, a população adolescente tem recebido menor atenção de políticas públicas em todo o mundo, por isso, são pouco habituados a frequentar as Instituições de Saúde em busca de atendimento. Nesse sentido, o ambiente escolar destaca-se como espaço profícuo para a aproximação do adolescente com temas e discussões sobre a saúde, em seu sentido mais completo, englobando aspectos físicos, mentais e sociais.

Na escola, as ações de saúde têm como objetivo a promoção da qualidade de vida, ao passo em que também repercutem nas experiências acadêmicas dos estudantes. A atuação de profissionais da saúde na escola se dá por meio da prevenção de comportamentos de risco, incentivo à adoção de hábitos saudáveis, e manejo de condições crônicas. Além disso, estimulam o desenvolvimento de habilidades emocionais e sociais no relacionamento com seus pares.

Com base na revisão da literatura realizada, este é o primeiro estudo brasileiro que verifica a relação da QVRS com o RA de adolescentes, o que ressalta a importância e originalidade do estudo. Ademais, traz contribuições importantes para a saúde escolar no que tange à necessidade de discutir e estimular o equilíbrio entre as características escolares e as dimensões da qualidade de vida de adolescentes. Ademais, reforça a necessidade de medidas interventivas que possam identificar desvios na qualidade de vida e propor mudanças.

Contudo, também foram observadas algumas limitações. Os dados foram coletados em uma única Instituição de Ensino, assim, os resultados não podem ser definidos como regra para a realidade regional ou nacional. Além disso, o estudo possui design transversal, o que impossibilita a inferência de causalidade entre as variáveis. Futuras investigações devem destinar esforços ao desenvolvimento de estudos longitudinais que favoreçam o melhor entendimento das flutuações da QVRS durante os anos que compreendem a adolescência.

Em relação ao RA, neste estudo foi priorizada a avaliação quantitativa, na qual o IRA definiu o rendimento do aluno na escola. Entretanto, avaliações subjetivas obtidas por meio do relato de professores e pela avaliação subjetiva da evolução do aluno no contexto escolar podem acrescentar dados pertinentes à discussão.

Assim, salienta-se que, por se tratar de um tema de discussão recente, sobretudo na realidade brasileira, defende-se a ampliação do debate sobre a temática em diferentes realidades, contextos sociais e escolares. Dessa forma, será possível estabelecer comparações e definir com maior consistência a relação existente entre as dimensões da qualidade de vida e as características acadêmicas dos adolescentes.

REFERENCIAS

- ANDERSEN, C.S.; HORTA, R.L.; PATTUSSI, M.P. Access to information in school and the use of psychoactive substances in Brazilian students – A multilevel study. **Addictive Behaviors Reports**, v. 29, n. 8, p. 66-70, 2018.
- AGATHÃO, B. T.; REICHENHEIM, M.E.; MORAES, C.L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 659-668, 2018.
- AGUIAR, S.B. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte**, v. 7, n. 7, p. 17-28, 2014.
- AZEVEDO, T. D. P. L.; ALVES, E. D. Qualidade de vida de adolescentes: revisão da literatura e perspectivas atuais. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 851-72, 2016.
- BALAGUER, I; DUDA, J.L; CASTILLO, I. Motivational Antecedents of Well-Being and Health Related Behaviors in Adolescents. **Journal of Human Kinetics**, v. 59, n. 1, p. 121-30, 2017.
- BANJANIN, N. et al. Relationship between internet use and depression: Focus on physiological mood oscillations, social networking and online addictive behavior. **Computers in Human Behavior**, v. 43, p. 308-12, 2015.
- BARRIUSO-LAPRESA, L.; HERNANDO-ARIZALETA; L. RAJMIL, L. Social inequalities in mental health and health-related quality of life in children in Spain. **Pediatrics**, v. 130, n. 3, p. e528-35, 2012.
- BATTOLLA, J.; BORTZ, J.E. Los orígenes de la salud escolar en Buenos Aires. **Rev. Hosp. Ital. B.Aires**. v. 27, n. 2, p. 87-96, 2007.
- BENINCASA, M. et al. A qualidade de vida dos adolescentes do Município de São Paulo: um estudo epidemiológico. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 49-56, 2015.
- BITTENCOURT, A.L.P.; FRANÇA, L.G.; GOLDIM, J.R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 311-9, 2015.
- BORBA, B.M.R.; MARIN, A.H. Contribuição dos Indicadores de Problemas Emocionais e de Comportamento para o Rendimento Escolar. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 26, n. 2, p. 283-94, 2017.
- BRASIL. **DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 05/08/2017.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 96 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19/02/2018.

_____. **LEI Nº 13.005, DE 25 DE JUNHO DE 2014**. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm. Acesso em: 07/08/2018.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). **PISA - Programa Internacional de Avaliação de Estudantes**. 2015a. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/pisa>. Acesso em: 04/07/2018.

_____. **Ideb**. 2015b. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/ideb>. Acesso em: 04/07/2018.

_____. **RESUMO TÉCNICO: resultados do índice de desenvolvimento da atenção básica 2005-2015**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2016a. 60p. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/portal_ideb/planilhas_para_download/2015/resumo_tecnico_ideb_2005-2015.pdf. Acesso em: 04/07/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016b. 496 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 234 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20/02/2018.

CAMARA, S.G.; TOMASI, L.M.B. Well-being, Health and Body Image of Brazilian Adolescents: the Importance of Family Contexts, Friendship and School. **Universitas Psychologica**, v. 14, n. 4, p. 1399-1409, 2015.

CARVALHO, F.F.B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1207-27, 2015.

CASAS, A.G. et al. Capacidad aeróbica y calidad de vida en escolares de 8 a 12 años. **Clínica e Investigación en Arteriosclerosis**, v. 27, n. 5, p. 239-45, 2015.

CHAU, K. et al. Associations between school difficulties and health-related problems and risky behaviours in early adolescence: A cross-sectional study in middle-school adolescents in France. **Psychiatry Research**, v. 244, p. 1-9, 2016.

CHRISTMANN, M.; PAVÃO, S.M.O. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. **Revista de Educação PUC-Campinas**, v. 20, n. 3, p. 265-277, 2015.

CLAUMANN, G.S. et al. Prevalência de pensamentos e comportamentos suicidas e associação com a insatisfação corporal em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 1, p. 3-9, 2018.

CORDERO, M.L. et al. Salud percibida y su relación con factores macrosociales e individuales en niños de dos departamentos de Tucumán, Argentina. **Archivos argentinos de pediatría**, v. 115, n. 5, p. 415-23, 2017.

COSTA, M.C. Os impactos da política de assistência estudantil no rendimento acadêmico. **Revista Contemporânea de Educação**, v. 11, n. 22, p. 1-15, 2016.

CRUZ, E.L.D.; MARTINS, P.D.C.; DINIZ, P.R.B.D. Factors related to the association of social anxiety disorder and alcohol use among adolescents: a systematic review. **The Journal of Pediatrics**, v. 93, n. 5, p. 442-51, 2017.

DADDIS, C. Desire for Increased Autonomy and Adolescents' Perceptions of Peer Autonomy: "Everyone Else Can; Why Can't I?". **Child Development**, v. 82, n. 4, p. 1310-26, 2011.

DANCEY, C.P.; REIDY, J.G.; ROWE, R. Cap. 10 Avaliando a concordância: técnicas correlacionais. In: DANCEY, C.P.; REIDY, J.G.; ROWE, R. **Estatística sem matemática para as ciências da saúde**. Porto Alegre: Penso, 2017. p. 279-309.

DEWEY D.; VOLKOVINSKAIA, A. Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 60, n. 7, p. 711-7, 2018.

DIAS, M.B. **Manual de direito das famílias**. 4 ed. em e-book baseada na 11 ed. impressa. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais LTDA, 2016. Disponível em: <https://forumdeconcursos.com/wp-content/uploads/wpforo/attachments/2/1527-Manual-de-Direito-das-Familias-Maria-Berenice-Dias-11-ed-2016.pdf>. Acesso em: 03/07/2018.

DRAKULIĆ, A.M. A phenomenological perspective on subjective well-being: from myth to science. **Psychiatria Danubina**, v. 24, n. 1, p. 31-7, 2012.

ERCOLE, F.F. et al. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 10 telas, 2013.

FARIA, B.M. et al. A Clinical Support System Based on Quality of Life Estimation. **Journal of Medical Systems**, v. 39, n. 114, p. 1-11, 2015.

- FELDEN, E.P.G. et al. Fatores associados à baixa duração do sono em adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 64-70, 2016.
- FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.
- GAMBOA-BERNAL, G.A.; ECHARTE-ALONSO, L.E. ¿Es posible medir la calidad de vida en el ámbito asistencial? Historia, límites y posibilidades. **Cuadernos de Bioética XXVII**, v. 1, p. 13-27, 2016.
- GARCIA, G.Y.C.; SANTOS, D.N.; MACHADO, D.B. Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil no Brasil: distribuição geográfica e perfil dos usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2649-54, 2015.
- GASPAR, T. et al. Parent-child perceptions of quality of life: Implications for health intervention. **Journal of Family Studies**, v. 16, n. 2, p. 143-54, 2010.
- GAXIOLA, M.I.B.; ARMENTA, M.F. Factores que influyen en el desarrollo y rendimiento escolar de los jóvenes de bachillerato. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 25, n. 1, p. 63-82, 2016.
- GILMAN, R.; HUEBNER, E.S. Characteristics of Adolescents Who Report Very High Life Satisfaction. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 35, n. 3, p. 293-301, 2006.
- GIMENES, G.F.; SILVA, R.A.N. Produção enunciativa nas estratégias biopolíticas atuais: A questão da qualidade de vida. **Athenea Digital**, v. 17, n. 1, p. 163-85, 2017.
- GONÇALVES, H. et al. The impact of sociodemographic conditions on quality of life among adolescents in a Brazilian birth cohort: a longitudinal study. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 28, n. 2, p. 77-9, 2010.
- GONZÁLEZ-CARRASCO, M. et al. Changes with age in subjective well-being through the adolescent years: differences by gender. **Journal of Happiness Studies**, v. 18, n. 1, p. 63-88, 2016.
- GORDIA, A.P. et al. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Revista brasileira de qualidade de vida**, v. 3, n. 1, p. 40-52, 2011.
- GRAVES, J. et al. Quality of life among working and non-working adolescents. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 1, p. 107-20, 2017.
- GUEDES, D.P. et al. 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 Pediatria**, v. 29, n. 3, p. 364-71, 2011.

GUERRA, P.H. et al. Sedentary behavior and body composition in children of low-and mid-income countries: a review. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 23, e0002, 2018.

HARALDSTAD, K.; CHRISTOPHERSEN, K.-A.; HELSETH, S. Health-related quality of life and pain in children and adolescents: A school survey. **BMC Pediatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2017.

HESS, A.R.; TEODORO, M.L.; FALCKE, D. Family relations, stressful events and internalizing symptoms in adolescence: a longitudinal study. **The Spanish journal of psychology**, v. 16, e57, p. 1-7, 2013.

HYSING, M. et al. Sleep and academic performance in later adolescence: results from a large population-based study. **Journal of Sleep Research**, v. 25, p. 318-24, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.147p.

_____. **Indicadores IBGE: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua, Segundo Trimestre de 2018**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. 39p. Disponível em:https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2421/pnact_2018_2tri.pdf. Acesso em: 10/11/2018.

_____. **Rendimento de todas as fontes 2017: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018b. 59p. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/dfeaf40d4002b0dc82313d93f9003b32.pdf. Acesso em: 10/11/2018.

_____. **Acesso à Internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2016: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. IBGE, 2018c. 16p. Disponível em:https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/c62c9d551093e4b8e9d9810a6d3bafff.pdf. Acesso em: 10/11/2018.

INSTITUTO FEDERAL DO MARANHÃO (IFMA). **Plano de Desenvolvimento Institucional: 2014 – 2018**. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão: São Luís, 2014. 193 p. Disponível em: <https://portal.ifma.edu.br/wp-content/uploads/2015/07/pdi.pdf>. Acesso em: 10/09/2017.

_____. **Histórico**. 2015. Disponível em: <https://portal.ifma.edu.br/instituto/historico/>. Acesso em: 10/09/2017.

_____. Conselho Superior. **Resolução nº114**, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre o Regulamento da Política de Assistência ao Educando do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. 2017. Disponível em: <https://portal.ifma.edu.br/documentos/?id=12237>. Acesso em: 10/09/2017.

JAYAWARDENE, W. et al. Use of treatment and counseling services and mind-body techniques by students with emotional and behavioral difficulties. **Journal of School Health**, v. 87, n. 2, p. 133-41, 2017.

KARIMI, M. BRAZIER, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **Pharmacoeconomics**, v. 34, n. 7, p. 645-9, 2016.

KASHCHUK, I.; TIMOFEEVA, Y. Environmental Well-Being and Quality of Life of a Modern Person. **European Proceedings of Social and Behavioural Sciences**, v. 7, p. 181-7, 2016.

LEVIN, K.A. Glasgow smiles better: an examination of adolescent mental well-being and the Glasgow effect?. **Public health**, v. 126, n. 2, p. 96-103, 2012.

LIMA, A.L.G.; VIVIANI, L.M. Conhecimentos especializados sobre os problemas de rendimento escolar: um estudo de manuais de psicologia e da revista de educação. **História da Educação**, v. 19, n. 46, p. 93-112, 2015.

LIMA, A.S. et al. Prevalência de cefaleia e sua interferência nas atividades de vida diária em adolescentes escolares do sexo feminino. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 256-61, 2014.

LIMA, W.M.; FREIRE, F.H.M.A.; OJIMA, R. Mobilidade e rendimento escolar dos estudantes de ensino médio em Natal (RN, Brasil). **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 10, n. 2, p. 346-56, 2018.

LOBO, R.; BATISTA, M.; DELGADO, S.C. Prática de atividade física como fator potenciador de variáveis psicológicas e rendimento escolar de alunos do ensino primário. **Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte**, v. 10, n. 1, p. 86-93, 2015.

LOH, D.A. et al. Disparities in health-related quality of life among healthy adolescents in a developing country – the impact of gender, ethnicity, socio-economic status and weight status. **Child: care, health and development**, v. 41, n. 6, p. 1216–26, 2015.

LYONS, M.D.; HUEBNER, E.S. Academic characteristics of early adolescents with higher levels of life satisfaction. **Applied Research in Quality of Life**, v. 11, n. 3, p. 757-71, 2016.

MAGALHÃES, L.V.; LOPES, T.F.; MARBACK, R.F. Interferências na rotina e na qualidade de vida provocadas pela cefaleia primária. **XV SEPA - Seminário Estudantil de Produção Acadêmica, UNIFACS**, v. 15, p. 285-296, 2016.

MARIA, A.T. et al. Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Adolescentes Portugueses: Estudo Numa População Escolar. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 48, p. 203-11, 2017.

MARION, D. et al. Predicting Life Satisfaction During Middle Adulthood from Peer Relationships During Mid-Adolescence. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 42, n. 8, p. 1299-307, 2013.

MAZUR, J.; MALKOWSKA-SZKUTNIK, A.; TABAK, I. Changes in family socio-economic status as predictors of self-efficacy in 13-year-old Polish adolescents. **International Journal of Public Health**, v. 59, n. 1, p. 107-15, 2014.

- MEADE, T.; DOWSWELL, E. Adolescents' health-related quality of life (HRQoL) changes over time: a three year longitudinal study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, n. 14, p. 1-8, 2016.
- MENDES, D; PICCOLI, J C J; QUEVEDO, D M. Qualidade de vida relacionada à saúde de escolares do ensino fundamental de Campo Bom, RS. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 22, n. 4, p. 47-54, 2014.
- MENDES; K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- MICHAEL, S.L. et al. Critical connections: health and academics. **Journal of School Health**, n. 85, p. 740-58, 2015.
- MOREIRA, H. GOUVEIA, M.J.; CANAVARRO, M.C. Is Mindful Parenting Associated with Adolescents' Well-being in Early and Middle/Late Adolescence? The Mediating Role of Adolescents' Attachment Representations, Self-Compassion and Mindfulness. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 47, n. 8, p. 1771-88, 2018.
- MOREIRA, R. M. et al. Representações Sociais de adolescentes sobre qualidade de vida: um estudo de base estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 49-56, 2015.
- MUROS, J.J. et al. The association between healthy lifestyle behaviors and health-related quality of life among adolescents. **The Journal of Pediatrics**, v. 93, n. 4, p. 406-12, 2017.
- NATALUCCI, G. et al. Population based report on health related quality of life in adolescents born very preterm. **Early Human Development**, v. 104, p. 7-12, 2017.
- OLIVEIRA, W.A. et al. Saúde do escolar: uma revisão integrativa sobre família e bullying. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 5, p. 1553-64, 2017.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **PISA 2015 - Results in Focus**. 2018. Available in: <http://www.oecd.org/pisa/pisa-2015-results-in-focus.pdf>. Acesso em: 04/07/2018.
- OSMO, A. SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. supl.1, p. 205-18, 2015.
- PAIVA, T.; GASPAR, T.; MATOS, M.G. Mutual relations between sleep deprivation, sleep stealers and risk behaviours in adolescents. **Sleep Science**, v. 9, n. 1, p. 7-13, 2016.
- PAIVA, T.; GASPAR, T.; MATOS, M.G. Sleep deprivation in adolescents: correlations with health complaints and health-related quality of life. **Sleep medicine**, v. 16, n. 4, p. 521-7, 2015.
- PALUDO, J.; DALPUBLE, V. Imagem corporal e sua relação com o estado nutricional e a qualidade de vida de adolescentes de um município do interior do Rio Grande do Sul. **Nutrire**, v. 40, n. 1, p. 1-9, 2015.

PAULA, G. A. **Modelos de regressão: com apoio computacional**. São Paulo: IME-USP, 2004.

PEREIRA, E.F.; TEIXEIRA, C.S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-50, 2012.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 6 ed. Lisboa: EDIÇÕES SÍLABO, 2014.

PHILIPP, J. et al. Prevalence of emotional and behavioral problems and subthreshold psychiatric disorders in Austrian adolescents and the need for prevention. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 12, p. 1325-37, 2018.

PINHEIRO, B.O.; ANDRADE, A.L.M.; DE MICHELI, D. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida no uso de drogas em adolescentes. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 12, n. 3, p. 178-87, 2016.

PINHO, L.; BOTELHO, A.C.C.; CALDEIRA, A.P. Fatores associados ao excesso de peso em adolescentes de escolas públicas no norte de Minas Gerais. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 237-43, 2014.

PIRES-JUNIOR, R. et al. Physical fitness and health-related quality of life in Brazilian adolescents: a cross-sectional study. **Human Movement**, v. 19, n. 2, p. 3-10, 2018.

PNUD; IFPEA; FJIP. **O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Brasileiro**. Brasília: PNUD, Ipea, FJP, 2013. 96 p.

PROCTOR, C.; LINLEY, P.A.; MALTBY, J. Very Happy Youths: Benefits of Very High Life Satisfaction Among Adolescents. **Social Indicators Research**, v. 98, n. 3, p. 519-32, 2010.

QUICENO, J.M.; VINACCIA, S. Calidad de vida, factores salutogénicos e ideación suicida en adolescentes. **Terapia Psicológica**, v. 31, n. 2, p. 263-71, 2013.

RA, J.S.; CHO, Y.H. Depression Moderates the Relationship between Body Image and Health-Related Quality of Life in Adolescent Girls. **Journal of Child and Family Studies July**, v. 26, n. 7, p. 1799-807, 2017.

RAVENS-SIEBERER, U. et al. KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents. Expert Rev. **Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research**, v. 5, n. 3, p. 353-64, 2005.

RIBEIRO, D.O. FREITAS, P.M. Inteligência e desempenho escolar em crianças entre 6 e 11 anos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 12, n. 1, p. 84-91, 2018.

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

- RIVERA, C. et al. Health-related quality of life in children with and without chronic conditions. A multicenter study. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 5, p. 404-10, 2015.
- ROBITAIL, S. et al. The Kidscreen Group Europe. Children proxies' quality-of-life agreement depended on the country using the European KIDSCREEN-52 questionnaire. **Journal of clinical epidemiology**. v. 60, n. 5, p. 469-78, 2007.
- ROCHA-FILHO, P.A.S.; SANTOS, P.V. Headaches, Quality of Life, and Academic Performance in Schoolchildren and Adolescents. **Headache**, v. 54, p. 1194-1202, 2014.
- RUNTON, N.G.; HUDAK, R.P. The Influence of School-Based Health Centers on Adolescents' Youth Risk Behaviors. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 30, p. e-1-9, 2016.
- RÜPPEL, F.; LIERSCH, S.; WALTER, U. The influence of psychological well-being on academic success. **Journal of Public Health**, v. 23, n. 1, p. 15-24, 2015.
- SALMELA-ARO, K.; TYNKKYNNEN, L. Trajectories of life satisfaction across the transition to post-compulsory education: do adolescents follow different pathways? **Journal of Youth and Adolescence**, v. 39, n. 8, p. 870-81, 2010.
- SALVADOR-CARULLA, L.S. et al. Use of the terms “Wellbeing” and “Quality of Life” in health sciences: A conceptual framework. **The European Journal of Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 50-65, 2014.
- SANAVI, F.S. et al. A study on family communication pattern and parenting styles with quality of life in adolescent. **The Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 63, n. 11, p. 1393-8, 2013.
- SANTOS, M.D. et al. Percepção de adolescentes e jovens acerca da fisiopatologia do álcool e a influência desta sobre o consumo. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 10, n. 9, p. 3241-50, 2016.
- SIDDALL, J.; HUEBNER, E.S.; JIANG, X. A Prospective Study of Differential Sources of School-Related Social Support and Adolescent Global Life Satisfaction. **American Journal of Orthopsychiatry**, v.83, n. 1, p. 107-14, 2013.
- SILVEIRA, R.C.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Estilo de vida e trabalho de crianças e adolescentes em Programas Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p. 1-11, 2017.
- SKEK, D.T.L.; LI, X. Perceived School Performance, Life Satisfaction, and Hopelessness: A 4-Year Longitudinal Study of Adolescents in Hong Kong. **Social Indicators Research**, v. 126, p. 921-934, 2016.
- SIMÓN-SAIZ, M.J. et al. Influencia de la resiliencia sobre la calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes. **Enfermería Clínica**, v. 28, n. 5, p. 283-91, 2018.

- SITTNER, K.J. Trajectories of Substance Use: Onset and Adverse Outcomes among North American Indigenous Adolescents. **Journal of Adolescent Research**, v. 26, n. 4, p. 830-44, 2016.
- SOUZA, P.N.P. Sobre a educação básica no Brasil. **REVISTA USP**, São Paulo, n. 100, p. 9-20, 2014.
- SPOSITO, M.P.; SOUZA, R.; SILVA, F.A. A pesquisa sobre jovens no Brasil: traçando novos desafios a partir de dados quantitativos. **Educação e Pesquisa**, v. 44, e170308, 2018.
- SULDO, S.M.; SHAFFER, E.J.; RILEY, K.N. A social-cognitive-behavioral model of academic predictors of adolescents' life satisfaction. **School Psychology Quarterly**, v. 23, n. 1, p. 56-69, 2008.
- TAVARES JR, F. MONT'ALVÃO, A. NEUBERT, L.F. Rendimentos escolar e seus determinantes sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 3, n. 6, p. 117-37, 2015.
- TAYLOR, D.J. et al. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. **Behavior Therapy**, v. 44, p. 339-48, 2013.
- THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. **The KIDSCREEN questionnaires: Quality of life questionnaires for children and adolescents (Handbook)**. PABST SCIENCE PUBLISHERS: Germany, 2006, 232p.
- TILIOUINE, H.; MOKADDEM, S.; REES, G. Changes in Self-Reported Well-Being: A Follow-Up Study of Children Aged 12–14 in Algeria. **Child Development**, v. 0, n. 0, p. 1-16, 2018.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). **Human Development Report 2015: Work for Human Development**. New York: UNDP; 2015.
- UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). **Situação da População Mundial 2014: O poder de 1,8 BILHÃO - adolescentes, jovens e a transformação do futuro**. UNFPA: New York, 2014.
- _____. **Situação da População Mundial 2016: 10 - Como nosso futuro depende de meninas nessa idade decisiva**. UNFPA: New York, 2016.
- URZÚA M., A.; GODOY B., J.; OCAYO T., K. Competencias parentales percibidas y calidad de vida. **Revista chilena de pediatria**, v. 82, n. 4, p. 300-10. 2011.
- VANDENBERGHE, F. Globalização e individualização na modernidade tardia. Uma introdução teórica à sociologia da juventude. **Mediações**, v. 19, n. 1, p. 265-316, 2014.
- VIEIRA, A.G. et al. A escola enquanto espaço produtor da saúde de seus alunos. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 12, n. 2, p. 916-932, 2017.

VITALE, R.; DEGOY, E.; BERRA, S. Salud percibida y rendimiento académico en adolescentes de escuelas públicas de la ciudad de Córdoba. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 6, p. 526-533, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of mental health and prevention of substance abuse. **WHOQOL – measuring quality of life**. WHO: Geneva, 1997.

XAVIER, M.K.A. et al. Prevalência de cefaleia em adolescentes e associação com uso de computador e jogos eletrônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3477-86, 2015.

YAN, H. et al. Associations among Screen Time and Unhealthy Behaviors, Academic Performance, and Well-Being in Chinese Adolescents. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 596, p. 1-15, 2017.

ZEILER, M. et al. Prevalence of Eating Disorder Risk and Associations with Healthrelated Quality of Life: Results from a Large School-based Population Screening. **Eur. Journal of Eating Disorders**, v. 24, p. 9-18, 2016.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 1, p. 136-45, 2007.

APÊNDICE A – Instrumento para a caracterização do adolescente



Universidade Federal do Piauí – UFPI
Programa de Pós Graduação em Enfermagem-PPGenf/UFPI

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

INSTRUMENTO – Caracterização do adolescente

Matrícula: _____

| DADOS DO ADOLESCENTE | |
|---|---|
| 1)Informe: | Data de hoje: __/__/____ Data de nascimento: __/__/____ |
| 2)Sexo: | <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino |
| 3) Qual o seu estado civil? | <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado(a)/união estável(“mora junto/amigado”) <input type="checkbox"/> outro, qual?: |
| 4) Você possui filhos? | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 5) Qual a sua etnia/cor da pele? | <input type="checkbox"/> branco <input type="checkbox"/> pardo <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> outra, qual? |
| 6) Você exerce alguma atividade remunerada/trabalha? | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim |
| 7) Você recebe algum auxílio/bolsa de estudos vinculada ao IFMA? | <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, eu recebo AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> sim, eu recebo AUXÍLIO MORADIA <input type="checkbox"/> sim, eu recebo BOLSA DE ESTUDOS <input type="checkbox"/> sim, eu recebo AUXÍLIO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> sim, eu participo do PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA <input type="checkbox"/> sim, eu participo do PROGRAMA DE BOLSAS DE EXTENSÃO <input type="checkbox"/> sim, eu participo do PROGRAMA DE BOLSAS DE MONITORIA <input type="checkbox"/> sim, eu participo do PROGRAMA DE BOLSA ARTÍSTICO CULTURAL <input type="checkbox"/> sim, eu participo do PROGRAMA DE BOLSA ATLETA <input type="checkbox"/> Sim, outro: |
| 8) A sua moradia está localizada na: | <input type="checkbox"/> zona urbana/cidade <input type="checkbox"/> zona rural/interior |
| 9) Quanto tempo você gasta para deslocar-se da sua residência para o IFMA? | <input type="checkbox"/> até 30 minutos <input type="checkbox"/> de 30 minutos a 1(uma) hora <input type="checkbox"/> mais de 1(uma) hora |
| 10) Que meio de transporte você utiliza para ter acesso ao IFMA? | <input type="checkbox"/> eu caminho/pedalo até a escola <input type="checkbox"/> eu utilizo veículo próprio da família <input type="checkbox"/> eu utilizo transporte coletivo/taxi/moto táxi |
| CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR | |

11) Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa?

12) Você mora com (marque quantos itens julgar necessário):

- sozinho
 pai
 mãe
 esposo(a)/companheiro(a)
 irmãos
 avós
 outro, quem?

13) Quem é o chefe da sua família?

- eu
 pai
 mãe
 esposo(a)/companheiro(a)
 irmãos
 avós
 outro, quem?

14) Qual a escolaridade da sua mãe?

- não sei
 analfabeto
 ensino fundamental incompleto
 ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto
 ensino médio completo
 ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 especialização/mestrado/doutorado

15) Qual a escolaridade do seu pai?

- não sei
 analfabeto
 ensino fundamental incompleto
 ensino fundamental completo
 ensino médio incompleto
 ensino médio completo
 ensino superior incompleto
 ensino superior completo
 especialização/mestrado/doutorado

16) Somando todas as pessoas que trabalham, qual a renda da sua família?

- até 1SM
 mais de 1 a 2SM
 mais de 2 a 3SM
 mais de 3SM

Obs: Considerar 1 Salário Mínimo (SM)=R\$ 965,00.

HÁBITOS, COMPORTAMENTOS E QUESTÕES DE SAÚDE

17) Dia a frequência com que você:

Nunca raramente às vezes muitas vezes sempre

17.1 Você fica conectado à internet por meio de smartphones/tablet/computador

17.2 Você tem episódios de cefaleia (dor de cabeça)

17.3 Você ingere bebidas alcoólicas (ex: cerveja, vodka, vinho, whisky, tequila, cachaça...)

17.4 Você fuma

17.5 Você pratica atividade física

17.6 Você consome frutas, legumes e verduras

17.7 Você consome refrigerantes, doces e frituras

| 18) Diga o quão satisfeito você está com: | nada satisfeito | pouco satisfeito | moderadamente satisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|--|-----------------|------------------|--------------------------|------------|------------------|
|--|-----------------|------------------|--------------------------|------------|------------------|

18.1 O seu peso

18.2 A qualidade do seu sono

19) Você dorme quantas horas por dia? () <8h (menos de oito horas)

() ≥8h (oito horas ou mais)

20) Em relação ao acesso ao serviço de saúde, você:

() Utiliza apenas os serviços do Sistema Único de Saúde(SUS)

() Utiliza apenas os serviços do seu Plano de Saúde Privado

() Utiliza tanto os serviços do SUS como os do seu plano de saúde privado

APÊNDICE B – Instrumento para registro dos dados escolares



Universidade Federal do Piauí – UFPI
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-PPGenf/UFPI

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

INSTRUMENTO PARA REGISTRO DOS DADOS ESCOLARES

Matrícula: _____

Índice de Rendimento Acadêmico

Percentual de frequência (média)

Participação em projeto de pesquisa

não

sim, quantos?

Participação em projeto de extensão

não

sim, quantos?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO: Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

- Olá,

Você está sendo **convidado a permitir a participação** como voluntário(a) do(a) menor sob sua responsabilidade na pesquisa de mestrado: “Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes”.

Você e o(a) menor sob sua responsabilidade serão esclarecidos sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Vocês serão livres para recusarem-se a participar, retirar o consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a identidade do(a) entrevistado(a) com padrões profissionais de sigilo. Não será identificado o nome ou o material que indique a participação sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

- Pesquisadores envolvidos: Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva; mestranda Nadyelle Elias Santos Alencar;
- Telefone para contato: (86) 98828-4675; (86) 99956-5842;
- Email: grazielle_roberta@yahoo.com.br; nadyelle-elias@hotmail.com;
- **Justificativa:** O (in)sucesso escolar é reflexo de fatores políticos, culturais e sociais, neles incluídos as questões de saúde. Nesse contexto, admite-se que a saúde pode influenciar e até mesmo definir o rendimento acadêmico dos adolescentes.
- **Objetivos:**
 - Geral: relacionar a qualidade de vida com o rendimento acadêmico de adolescentes no contexto de variáveis socioeconômicas e demográficas;
 - Específicos: caracterizar os participantes quanto a variáveis socioeconômicas e demográficas; determinar o perfil dos participantes segundo dados de moradia, transporte, educação, trabalho, saúde e lazer; mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes; identificar as características acadêmicas dos participantes; verificar associações entre a qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes; revelar os fatores relacionados à elevada qualidade de vida; apresentar os fatores relacionados ao baixo rendimento acadêmico.
- **Procedimentos a serem utilizados:** caso seja consentida a sua participação, o adolescente responderá dois questionários cadastrados via plataforma online *Formulários Google*. Os questionários visam caracterizar os participantes e mensurar a sua QVRS. A coleta de dados será realizada no próprio campus do Instituto Federal do Maranhão no qual o adolescente estuda.
- **Riscos para o participante:** a pesquisa não expõe os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. Caso sintam-se desconfortáveis em responder as questões do estudo, os pesquisadores encontram-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida e reafirmar o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.
- **Benefícios:** por meio desta pesquisa será possível mensurar a QVRS dos adolescentes e traçar relações com o rendimento acadêmico. Os resultados orientarão as ações de saúde no contexto escolar.

Em caso de dúvida entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFPI, situado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina-PI. Email: cep.ufpi@ufpi.edu.br. Fone: (86)3237-2332.

DECLARAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE

Eu, _____, responsável pelo aluno (a) _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos o representado será submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E O RENDIMENTO ACADÊMICO DE ADOLESCENTES”, e receberei uma via assinada deste documento.

_____, ____ de _____ de _____

Nome e Assinatura do responsável

Nome e Assinatura do pesquisador

APÊNDICE D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

TÍTULO: Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

- Olá,
Você está sendo **convidado** a participar da pesquisa de mestrado: “Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes”.
Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar, retirar o assentimento (autorização) ou interromper a participação a qualquer momento. A participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Não será identificado o nome ou o material que indique a participação sem a sua permissão. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

- Pesquisadores envolvidos: Profa. Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva; mestranda Nadyelle Elias Santos Alencar;
- Telefone para contato: (86) 98828-4675; (86) 99956-5842;
- Email: grazielle_roberta@yahoo.com.br; nadyelle-elias@hotmail.com;
- **Justificativa:** O (in)sucesso escolar é reflexo de fatores políticos, culturais e sociais, neles incluídos as questões de saúde. Nesse contexto, admite-se que a saúde pode influenciar e até mesmo definir o rendimento acadêmico dos adolescentes.
- **Objetivos:**
 - Geral: relacionar a qualidade de vida com o rendimento acadêmico de adolescentes no contexto de variáveis socioeconômicas e demográficas;
 - Específicos: caracterizar os participantes quanto a variáveis socioeconômicas e demográficas; determinar o perfil dos participantes segundo dados de moradia, transporte, educação, trabalho, saúde e lazer; mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes; identificar as características acadêmicas dos participantes; verificar associações entre a qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes; revelar os fatores relacionados à elevada qualidade de vida; apresentar os fatores relacionados ao baixo rendimento acadêmico.
- **Procedimentos a serem utilizados:** se concordar em participar da pesquisa, você responderá dois questionários cadastrados via plataforma online *Formulários Google*. Os questionários visam caracterizar os participantes e mensurar a sua QVRS. A coleta de dados será realizada no próprio campus do Instituto Federal do Maranhão no qual você estuda.
- **Riscos para o participante:** a pesquisa não expõe os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. Caso sintam-se

desconfortáveis em responder as questões do estudo, os pesquisadores encontram-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida e reafirmar o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

- **Benefícios:** por meio desta pesquisa será possível mensurar a QVRS dos adolescentes e traçar relações com o rendimento acadêmico. Os resultados orientarão as ações de saúde no contexto escolar.

Em caso de dúvida entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFPI, situado no Campus Universitário Ministro Petrônio Portela, Bairro Ininga, Teresina-PI. Email: cep.ufpi@ufpi.edu.br. Fone: (86)3237-2332.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e quais procedimentos serão realizados. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento/serviço que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, “QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE E O RENDIMENTO ACADÊMICO DE ADOLESCENTES”, e receberei uma via assinada deste documento.

_____, ____ de _____ de _____

Nome e Assinatura do participante

Nome e Assinatura do pesquisador

APÊNDICE E – Carta de Anuência da Instituição Participante



Ministério da Educação
Secretaria da Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão



TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

Eu, professor Rafael Pereira Ferreira, Diretor de Desenvolvimento Educacional (DDE) do IFMA Campus Pedreiras, **DECLARO** que a servidora Nadyelle Elias Santos Alencar (SIAPE: 2394073) está autorizada, conforme aprovação em edital PRPGI N° 35/2017, a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa “Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes”, cujo o objetivo geral é relacionar a qualidade de vida relacionada à saúde com o desempenho escolar de adolescentes. Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros;
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa;
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa;
4. Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Pedreiras (MA), 24 de novembro de 2017.

Cordialmente,

RAFAEL PEREIRA FERREIRA
Diretor de Desenvolvimento Educacional (DDE)
Portaria N° 1.916 de 04 de abril de 2017
Matrícula SIAPE: 2271702

INSTITUTO FEDERAL
Maranhão
Campus Pedreiras

Rafael Pereira Ferreira
Médico SIAPE nº 2271702
Diretor de DDE
IFMA-Campus Pedreiras
Port. N° 1.916, DOU nº 04/04/2017
MA 381 Km 0 S/N
Pedreiras/MA – CEP: 65.725-000
IFMA Campus Pedreiras

APÊNDICE F – Registro para utilização do KIDSCREEN-52

Registration to utilize the KIDSCREEN questionnaires

Office of Quality of Life Measures <QOL@uke.de>
Para: Nadyelle Elias Santos Alencar <nadyelle.alencar@ifma.edu.br>
Cc: "Ravens-Sieberer, Ulrike" <ravens-sieberer@uke.de>

20 de março de 2018 11:52

Dear Nadyelle Alencar,

Thank you for your interest in the KIDSCREEN instruments and your email. I am a co-worker of Prof. Dr. phil. Ulrike Ravens-Sieberer, working in the co-ordination of the European KIDSCREEN project in Hamburg, Germany.

We have received your signed collaboration form and are very happy to collaborate with you.

You are registered for the use of the KIDSCREEN Quality of Life questionnaires for children/adolescents and parents. As a collaboration partner of the KIDSCREEN group you are welcome to join the members' area (<http://www.kidscreen.org/english/members/>) of our project website www.kidscreen.org. There you can download (see "questionnaires" below members) the respective KIDSCREEN questionnaire version and other useful material.

Your password is: kidscreen

For using the KIDSCREEN questionnaires we kindly advise you to work with the KIDSCREEN manual. The [KIDSCREEN manual](https://www.kidscreen.org/english/login/manual/) can be directly downloaded from our website after having logged in <https://www.kidscreen.org/english/login/manual/>. The manual describes all relevant user information necessary for applying the KIDSCREEN questionnaires, e. g. psychometrics, norm data for group and individual comparisons, and instructions on how to score the instrument.

We are looking forward to collaborating with you and wish you all the best for your studies.

Please do not hesitate to contact us if further queries arise.

With best wishes,

Toni Klein

KIDSCREEN Group Europe

APÊNDICE G – Autorização para uso da versão brasileira do KIDSCREEN-52

21/11/2017

Mail – Nadyelle Alencar - Outlook

Uso do KIDSCREEN-52_Versão traduzida e adaptada para o contexto brasileiro

darta@sercomtel.com.br <darta@sercomtel.com.br>

Tue 21/11/2017, 11:15

To:Nadyelle Alencar <nadyelle-elias@hotmail.com>;

Nadyelle Alencar:

Conforme solicitação autorizamos o uso do instrumento KIDSCREEN-52 traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro, publicado na Revista Paulista de Pediatria, volume 29, número 3, páginas 364-371, ano 2011.

Atenciosamente,

Dartagnan Pinto Guedes / Joana Elisabete Ribeiro Pinto Guedes

Autores do Artigo de tradução/adaptação/validação do KIDSCREEN-52 para uso no contexto brasileiro

ANEXO A – KIDSCREEN-52: Qualidade de vida relacionada à saúde-questionário
para jovens

KIDSCREEN-52

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE
Questionário para Jovens

Ola !!!

Como está? Como você se sente? Isto é o que queremos saber de você.

Por favor, leia cada pergunta com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar a última semana, ou seja, os últimos 7 dias. Qual é a resposta que primeiro ocorre a você? Escolha a opção que acredita ser melhor para você e assinale a resposta com um **X**.

Lembre-se: Isto não é uma prova. Não existem respostas certas ou erradas. Porém, é importante que responda todas as perguntas e que possamos identificar claramente o **X**.

Não comente suas respostas com ninguém. Ninguém mais, além de nós, terá acesso as suas respostas. Suas respostas serão confidenciais.

Por favor, anote a data de hoje:

___ / ___ / _____
Dia Mês Ano

Qual é o seu sexo?

- Feminino
 Masculino

Qual é a data de seu nascimento?

___ / ___ / _____
Dia Mês Ano

Você tem alguma deficiência, doença ou problema médico crônico?

- Não
 Sim Qual? _____

1. Saúde e Atividade Física

De maneira geral, como você descreve a sua saúde?

1.

- Excelente
- Muito boa
- Boa
- Regular
- Mal

Considerando a última semana...

| | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Você se sentiu bem e em boa forma? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Você foi ativo/a fisicamente? (por exemplo, correu, andou de bicicleta, etc.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Você foi capaz de correr ("brincadeiras de corrida")? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

| | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Você se sentiu com muita energia/disposição? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2. Sentimentos

Considerando a última semana...

| | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Sua vida tem sido agradável? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Você se sentiu bem por estar vivo/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Você se sentiu satisfeito/a com sua vida? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. | Você se sentiu de bom humor? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você se sentiu alegre? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 6. | Você se divertiu? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

3. Estado Emocional

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você se sentiu como estivesse feito tudo errado? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Você se sentiu triste? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 3. | Você se sentiu tão mal que não queria fazer nada? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 4. | Você se sentiu como tudo em sua vida estava mal? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você se sentiu farto/a (cheio/a)? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 6. | Você se sentiu sozinho? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 7. | Você se sentiu pressionado ("estressado")? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

4. Auto-Percepção

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você se sentiu contente com a sua maneira de ser? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Você se sentiu contente com as suas roupas? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 3. | Você esteve preocupado/a com a sua aparência? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 4. | Você sentiu inveja da aparência de seus colegas? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você gostaria de mudar alguma parte do seu corpo? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

5. Autonomia e Tempo Livre

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você teve tempo suficiente para você mesmo? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 3. | Você teve oportunidade suficiente de estar ao ar livre? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 4. | Você teve tempo suficiente para encontrar os amigos/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você escolheu o que fazer no seu tempo livre? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

6. Família/Ambiente Familiar

| Considerando a última semana... | | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Seus pais entendem você? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |
| 2. | Você se sentiu amado/a pelos seus pais? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 3. | Você se sentiu feliz em sua casa? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 4. | Seus pais tiveram tempo suficiente para você? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Seus pais trataram você de forma justa? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 6. | Você conversou com seus pais como você queria? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

7. Aspectos Financeiros

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana... | | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 3. | Você teve dinheiro suficiente para fazer o que deseja com seus amigos/as? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |

8. Amigos e Apoio Social

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você teve tempo suficiente para ficar com seus amigos/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Você realizou atividades com outros jovens? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 3. | Você se divertiu com seus amigos/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 4. | Você e seus amigos/as se ajudaram uns/umas aos outros/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você falou o que queria com seus amigos/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 6. | Você sentiu que pode confiar em seus amigos/as? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

9. Ambiente Escolar

| Considerando a última semana... | | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Você se sentiu feliz na escola? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |
| 2. | Você foi bom/boa aluno/a na escola? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |
| 3. | Você se sentiu satisfeito/a com seus professores? | Nada <input type="radio"/> | Um pouco <input type="radio"/> | Moderadamente <input type="radio"/> | Muito <input type="radio"/> | Muitíssimo <input type="radio"/> |

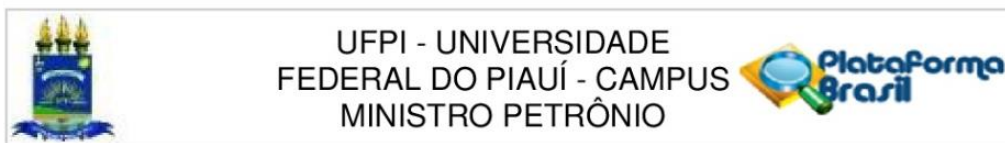
| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. | Você foi capaz de prestar atenção nas aulas? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 5. | Você gostou de ir à escola? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 6. | Você teve uma boa relação com seus professores? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

10. Provocação/Bullying

| Considerando a última semana... | | Nunca | Quase nunca | Algumas vezes | Quase sempre | Sempre |
|---------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. | Você sentiu medo de outros jovens? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 2. | Outros jovens zombaram ("gozaram") você? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |
| 3. | Outros jovens intimidaram ou ameaçaram você? | Nunca <input type="radio"/> | Quase nunca <input type="radio"/> | Algumas vezes <input type="radio"/> | Quase sempre <input type="radio"/> | Sempre <input type="radio"/> |

¡Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes

Pesquisador: Nadyelle Elias Santos Alencar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 80585217.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.445.803

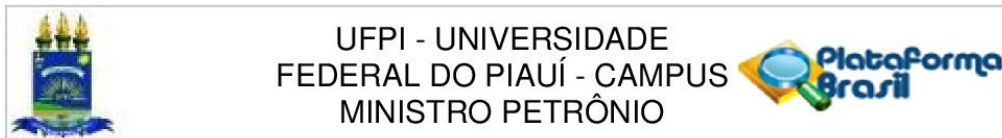
Apresentação do Projeto:

O (in)sucesso acadêmico é reflexo de fatores políticos, culturais e sociais, neles incluídos as questões de saúde. Nesse contexto, admite-se que a saúde pode influenciar e até mesmo definir o rendimento acadêmico dos adolescentes. Assim, tem-se como objetivo: relacionar a qualidade de vida relacionada à saúde com o rendimento acadêmico de adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa dos dados a ser realizado no Instituto Federal do Maranhão. Participarão da pesquisa alunos do Instituto Federal do Maranhão-IFMA, com faixa etária correspondente à adolescência, (10 a 19 anos). Serão excluídos os adolescentes afastados, transferidos, jubilados bem como os com matrícula trancada ou cancelada. A população a ser estudada é composta por 515 adolescentes, com amostra final de 221 participantes. Serão utilizados três instrumentos para coleta dos dados, a saber: Instrumento para caracterização do estudante; KIDSCREEN-52; Formulário para registro do rendimento acadêmico. Após a coleta, os dados serão transportados para planilhas do Excel. A análise será realizada por meio do Statistical Package for the Social Sciences –SPSS, versão 20.0. O estudo será submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí e respeitará todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.445.803

- Relacionar a qualidade de vida relacionada à saúde com o rendimento acadêmico de adolescentes;

Objetivos Secundários:

- Mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes; Identificar o rendimento acadêmico dos adolescentes;
- Correlacionar relações entre a qualidade de vida relacionada à saúde e o rendimento acadêmico de adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa não expõe os participantes a riscos maiores do que os encontrados nas suas atividades cotidianas. Caso sintam-se desconfortáveis em responder as questões do estudo, os pesquisadores encontram-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida e reafirmar o sigilo e a confidencialidade das informações fornecidas.

Benefícios:

Por meio desta pesquisa será possível mensurar a QVRS dos adolescentes e traçar relações com o rendimento acadêmico. Os resultados orientarão as ações de saúde no contexto escolar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

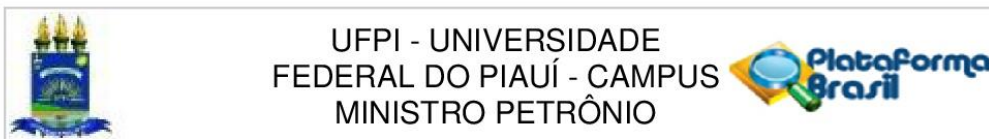
Projeto de pesquisa com parecer APROVADO e apto para início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|----------------|---------|----------|-------|----------|
|----------------|---------|----------|-------|----------|

| | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------------|--|
| Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa | | | |
| Bairro: Ininga | | CEP: 64.049-550 | |
| UF: PI | Município: TERESINA | | |
| Telefone: (86)3237-2332 | Fax: (86)3237-2332 | E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br | |



Continuação do Parecer: 2.445.803

| | | | | |
|---|---|------------------------|----------------------------------|--------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1043206.pdf | 30/11/2017 15:59:26 | | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_rosto.pdf | 30/11/2017 15:58:07 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | instrumentos.pdf | 30/11/2017 15:37:50 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.docx | 30/11/2017 15:33:49 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | Curriculo_Grazielle.pdf | 28/11/2017 21:39:10 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | Curriculo_Nadyelle.pdf | 28/11/2017 21:38:38 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | confidencialidade.pdf | 28/11/2017 21:31:13 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | autorizacao_institucional.pdf | 28/11/2017 21:30:13 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE.doc | 28/11/2017 21:29:09 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 28/11/2017 21:28:58 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | declaracao_pesquisadores.pdf | 28/11/2017 20:30:19 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |
| Outros | carta_encaminhamento.pdf | 28/11/2017 20:27:56 | Nadyelle Elias Santos Alencar | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 18 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C – Resultados detalhados

Tabela 8 – Distribuição da Dimensão 1: Saúde e Atividade Física dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Saúde e Atividade física | n | % |
|---|-----|------|
| 6.1 De maneira geral, como você descreve a sua saúde? | | |
| Excelente | 31 | 10,7 |
| Muito Boa | 58 | 20,1 |
| Boa | 105 | 36,3 |
| Regular | 92 | 31,8 |
| Mal | 3 | 1,0 |
| 6.2 Você se sentiu bem e em boa forma? | | |
| Nada | 29 | 10,0 |
| Um pouco | 96 | 33,2 |
| Moderadamente | 89 | 30,8 |
| Muito | 51 | 17,6 |
| Muitíssimo | 24 | 8,3 |
| 6.3 Você foi ativo/a fisicamente? (por exemplo, correu, andou de bicicleta, etc.)? | | |
| Nada | 91 | 31,5 |
| Um pouco | 76 | 26,3 |
| Moderadamente | 46 | 15,9 |
| Muito | 40 | 13,8 |
| Muitíssimo | 36 | 12,5 |

6.4 Você foi capaz de correr ("brincadeiras de corrida")?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nada | 81 | 28,0 |
| Um pouco | 68 | 23,5 |
| Moderadamente | 55 | 19,0 |
| Muito | 47 | 16,3 |
| Muitíssimo | 38 | 13,1 |

6.5 Você se sentiu com muita energia/disposição?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 12 | 4,2 |
| Quase nunca | 46 | 15,9 |
| Algumas vezes | 136 | 47,1 |
| Quase sempre | 67 | 23,2 |
| Sempre | 28 | 9,7 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 9 – Distribuição da Dimensão 2: Sentimentos dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Sentimentos | n | % |
|--|-----|------|
| 7.1 Sua vida tem sido agradável? | | |
| Nunca | 9 | 3,1 |
| Quase nunca | 24 | 8,3 |
| Algumas vezes | 102 | 35,3 |
| Quase sempre | 95 | 32,9 |
| Sempre | 59 | 20,4 |
| 7.2 Você se sentiu bem por estar vivo/a? | | |
| Nunca | 4 | 1,4 |
| Quase nunca | 20 | 6,9 |
| Algumas vezes | 47 | 16,3 |
| Quase sempre | 33 | 11,4 |
| Sempre | 185 | 64,0 |
| 7.3 Você se sentiu satisfeito/a com sua vida? | | |
| Nunca | 6 | 2,1 |
| Quase nunca | 28 | 9,7 |
| Algumas vezes | 64 | 22,1 |
| Quase sempre | 77 | 26,6 |
| Sempre | 114 | 39,4 |
| 7.4 Você se sentiu de bom humor? | | |
| Nunca | 13 | 4,5 |
| Quase nunca | 37 | 12,8 |
| Algumas vezes | 89 | 30,8 |
| Quase sempre | 103 | 35,6 |
| Sempre | 47 | 16,3 |

7.5 Você se sentiu alegre?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 4 | 1,4 |
| Quase nunca | 26 | 9,0 |
| Algumas vezes | 100 | 34,6 |
| Quase sempre | 99 | 34,3 |
| Sempre | 60 | 20,8 |

7.6 Você se divertiu?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 7 | 2,4 |
| Quase nunca | 34 | 11,8 |
| Algumas vezes | 97 | 33,6 |
| Quase sempre | 81 | 28,0 |
| Sempre | 70 | 24,2 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 10 – Distribuição da Dimensão 3: Estado Emocional dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Estado Emocional | n | % |
|--|-----|------|
| 8.1 Você se sentiu como estivesse feito tudo errado? | | |
| Nunca | 18 | 6,2 |
| Quase nunca | 50 | 17,3 |
| Algumas vezes | 129 | 44,6 |
| Quase sempre | 50 | 17,3 |
| Sempre | 42 | 14,5 |
| 8.2 Você se sentiu triste? | | |
| Nunca | 15 | 5,2 |
| Quase nunca | 51 | 17,6 |
| Algumas vezes | 140 | 48,4 |
| Quase sempre | 60 | 20,8 |
| Sempre | 23 | 8,0 |
| 8.3 Você se sentiu tão mal que não queria fazer nada? | | |
| Nunca | 60 | 20,8 |
| Quase nunca | 60 | 20,8 |
| Algumas vezes | 96 | 33,2 |
| Quase sempre | 47 | 16,3 |
| Sempre | 26 | 9,0 |
| 8.4 Você se sentiu como tudo em sua vida estava mal? | | |
| Nunca | 63 | 21,8 |
| Quase nunca | 64 | 22,1 |
| Algumas vezes | 92 | 31,8 |
| Quase sempre | 41 | 14,2 |
| Sempre | 29 | 10,0 |

8.5 Você se sentiu farto/a (cheio(a))?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 30 | 10,4 |
| Quase nunca | 57 | 19,7 |
| Algumas vezes | 96 | 33,2 |
| Quase sempre | 77 | 26,6 |
| Sempre | 29 | 10,0 |

8.6 Você se sentiu sozinho(a)?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 57 | 19,7 |
| Quase nunca | 58 | 20,1 |
| Algumas vezes | 88 | 30,4 |
| Quase sempre | 39 | 13,5 |
| Sempre | 47 | 16,3 |

8.7 Você se sentiu pressionado ("estressado")?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 18 | 6,2 |
| Quase nunca | 42 | 14,5 |
| Algumas vezes | 92 | 31,8 |
| Quase sempre | 71 | 24,6 |
| Sempre | 66 | 22,8 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 11 – Distribuição da Dimensão 4: Autopercepção dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Autopercepção | n | % |
|--|-----|------|
| 9.1 Você se sentiu contente com a sua maneira de ser? | | |
| Nunca | 7 | 2,4 |
| Quase nunca | 25 | 8,7 |
| Algumas vezes | 80 | 27,7 |
| Quase sempre | 87 | 30,1 |
| Sempre | 90 | 31,1 |
| 9.2 Você se sentiu contente com as suas roupas? | | |
| Nunca | 17 | 5,9 |
| Quase nunca | 30 | 10,4 |
| Algumas vezes | 57 | 19,7 |
| Quase sempre | 80 | 27,7 |
| Sempre | 105 | 36,3 |
| 9.3 Você esteve preocupado/a com a sua aparência? | | |
| Nunca | 32 | 11,1 |
| Quase nunca | 39 | 13,5 |
| Algumas vezes | 106 | 36,7 |
| Quase sempre | 62 | 21,5 |
| Sempre | 50 | 17,3 |
| 9.4 Você sentiu inveja da aparência de seus colegas? | | |
| Nunca | 162 | 56,1 |
| Quase nunca | 62 | 21,5 |
| Algumas vezes | 42 | 14,5 |
| Quase sempre | 14 | 4,8 |
| Sempre | 9 | 3,1 |

9.5 Você gostaria de mudar alguma parte do seu corpo?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 93 | 32,2 |
| Quase nunca | 34 | 11,8 |
| Algumas vezes | 72 | 24,9 |
| Quase sempre | 32 | 11,1 |
| Sempre | 58 | 20,1 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 12 – Distribuição da Dimensão 5: Autonomia e Tempo Livre dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Autonomia e Tempo Livre | n | % |
|---|----|------|
| 10.1 Você teve tempo suficiente para você mesmo? | | |
| Nunca | 18 | 6,2 |
| Quase nunca | 86 | 29,8 |
| Algumas vezes | 94 | 32,5 |
| Quase sempre | 55 | 19,0 |
| Sempre | 36 | 12,5 |
| 10.2 Você fez o que gosta de fazer no seu tempo livre? | | |
| Nunca | 19 | 6,6 |
| Quase nunca | 53 | 18,3 |
| Algumas vezes | 90 | 31,1 |
| Quase sempre | 68 | 23,5 |
| Sempre | 59 | 20,4 |
| 10.3 Você teve oportunidade suficiente de estar ao ar livre? | | |
| Nunca | 16 | 5,5 |
| Quase nunca | 67 | 23,2 |
| Algumas vezes | 81 | 28,0 |
| Quase sempre | 66 | 22,8 |
| Sempre | 59 | 20,4 |
| 10.4 Você teve tempo suficiente para encontrar os amigos/as? | | |
| Nunca | 32 | 11,1 |
| Quase nunca | 87 | 30,1 |
| Algumas vezes | 80 | 27,7 |
| Quase sempre | 51 | 17,6 |
| Sempre | 39 | 13,5 |

10.5 Você escolheu o que fazer no seu tempo livre?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 16 | 5,5 |
| Quase nunca | 39 | 13,5 |
| Algumas vezes | 96 | 33,2 |
| Quase sempre | 73 | 25,3 |
| Sempre | 65 | 22,5 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 13 – Distribuição da Dimensão 6: Família/Ambiente Familiar dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Família/Ambiente Familiar | n | % |
|---|-----|------|
| 11.1 Seus pais entendem você? | | |
| Nada | 33 | 11,4 |
| Um pouco | 61 | 21,1 |
| Moderadamente | 81 | 28,0 |
| Muito | 76 | 26,3 |
| Muitíssimo | 38 | 13,1 |
| 11.2 Você se sentiu amado/a pelos seus pais? | | |
| Nada | 8 | 2,8 |
| Um pouco | 22 | 7,6 |
| Moderadamente | 43 | 14,9 |
| Muito | 68 | 23,5 |
| Muitíssimo | 148 | 51,2 |
| 11.3 Você se sentiu feliz em sua casa? | | |
| Nunca | 13 | 4,5 |
| Quase nunca | 30 | 10,4 |
| Algumas vezes | 71 | 24,6 |
| Quase sempre | 79 | 27,3 |
| Sempre | 96 | 33,2 |
| 11.4 Seus pais tiveram tempo suficiente para você? | | |
| Nunca | 16 | 5,5 |
| Quase nunca | 46 | 15,9 |
| Algumas vezes | 70 | 24,2 |
| Quase sempre | 83 | 28,7 |
| Sempre | 74 | 25,6 |

11.5 Seus pais trataram você de forma justa?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 12 | 4,2 |
| Quase nunca | 21 | 7,3 |
| Algumas vezes | 58 | 20,1 |
| Quase sempre | 82 | 28,4 |
| Sempre | 116 | 40,1 |

11.6 Você conversou com seus pais como você queria?

| | | |
|---------------|----|------|
| Nunca | 66 | 22,8 |
| Quase nunca | 53 | 18,3 |
| Algumas vezes | 61 | 21,1 |
| Quase sempre | 48 | 16,6 |
| Sempre | 61 | 21,1 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 14 – Distribuição da Dimensão 7: Aspectos Financeiros dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Aspectos Financeiros | n | % |
|--|----|------|
| 12.1 Você teve dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que os seus amigos/as fazem? | | |
| Nunca | 46 | 15,9 |
| Quase nunca | 64 | 22,1 |
| Algumas vezes | 86 | 29,8 |
| Quase sempre | 48 | 16,6 |
| Sempre | 45 | 15,6 |
| 12.2 Você teve dinheiro suficiente para os seus gastos? | | |
| Nunca | 39 | 13,5 |
| Quase nunca | 55 | 19,0 |
| Algumas vezes | 84 | 29,1 |
| Quase sempre | 56 | 19,4 |
| Sempre | 55 | 19,0 |
| 12.3 Você teve dinheiro suficiente para fazer o que deseja com seus amigos/as? | | |
| Nada | 68 | 23,5 |
| Um pouco | 72 | 24,9 |
| Moderadamente | 99 | 34,3 |
| Muito | 33 | 11,4 |
| Muitíssimo | 17 | 5,9 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 15 – Distribuição da Dimensão 8: Amigos e Apoio Social dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Amigos e Apoio emocional | N | % |
|---|-----|------|
| 13.1 Você teve tempo suficiente para ficar com seus amigos/as? | | |
| Nunca | 15 | 5,2 |
| Quase nunca | 74 | 25,6 |
| Algumas vezes | 113 | 39,1 |
| Quase sempre | 64 | 22,1 |
| Sempre | 23 | 8,0 |
| 13.2 Você realizou atividades com outros jovens? | | |
| Nunca | 24 | 8,3 |
| Quase nunca | 58 | 20,1 |
| Algumas vezes | 99 | 34,3 |
| Quase sempre | 60 | 20,8 |
| Sempre | 48 | 16,6 |
| 13.3 Você se divertiu com seus amigos/as? | | |
| Nunca | 15 | 5,2 |
| Quase nunca | 48 | 16,6 |
| Algumas vezes | 82 | 28,4 |
| Quase sempre | 84 | 29,1 |
| Sempre | 60 | 20,8 |
| 13.4 Você e seus amigos/as se ajudaram uns/umas aos outros/as? | | |
| Nunca | 15 | 5,2 |
| Quase nunca | 19 | 6,6 |
| Algumas vezes | 70 | 24,2 |
| Quase sempre | 76 | 26,3 |
| Sempre | 109 | 37,7 |

Tabela 15 (cont.) – Distribuição da Dimensão 8: Amigos e Apoio Social dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Amigos e Apoio Social | n | % |
|---|----|------|
| 13.5 Você falou o que queria com seus amigos/as? | | |
| Nunca | 26 | 9,0 |
| Quase nunca | 39 | 13,5 |
| Algumas vezes | 74 | 25,6 |
| Quase sempre | 76 | 26,3 |
| Sempre | 74 | 25,6 |
| 13.6 Você sentiu que pode confiar em seus amigos/as? | | |
| Nunca | 26 | 9,0 |
| Quase nunca | 45 | 15,6 |
| Algumas vezes | 77 | 26,6 |
| Quase sempre | 72 | 24,9 |
| Sempre | 69 | 23,9 |

Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 16 – Distribuição da Dimensão 9: Ambiente Escolar dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Ambiente Escolar | N | % |
|---|----|------|
| 14.1 Você se sentiu feliz na escola? | | |
| Nada | 24 | 8,3 |
| Um pouco | 67 | 23,2 |
| Moderadamente | 98 | 33,9 |
| Muito | 71 | 24,6 |
| Muitíssimo | 29 | 10,0 |
| 14.2 Você foi bom/boa aluno/a na escola? | | |
| Nada | 16 | 5,5 |

| | | |
|---------------|-----|------|
| Um pouco | 64 | 22,1 |
| Moderadamente | 123 | 42,6 |
| Muito | 67 | 23,2 |
| Muitíssimo | 19 | 6,6 |

14.3 Você se sentiu satisfeito/a com seus professores?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nada | 4 | 1,4 |
| Um pouco | 20 | 6,9 |
| Moderadamente | 68 | 23,5 |
| Muito | 97 | 33,6 |
| Muitíssimo | 100 | 34,6 |

14.4 Você foi capaz de prestar atenção nas aulas?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 4 | 1,4 |
| Quase nunca | 16 | 5,5 |
| Algumas vezes | 79 | 27,3 |
| Quase sempre | 146 | 50,5 |
| Sempre | 44 | 15,2 |

14.5 Você gostou de ir à escola?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 18 | 6,2 |
| Quase nunca | 23 | 8,0 |
| Algumas vezes | 64 | 22,1 |
| Quase sempre | 102 | 35,3 |
| Sempre | 82 | 28,4 |

14.6 Você teve uma boa relação com seus professores?

| | | |
|---------------|-----|------|
| Nunca | 1 | ,3 |
| Quase nunca | 14 | 4,8 |
| Algumas vezes | 43 | 14,9 |
| Quase sempre | 93 | 32,2 |
| Sempre | 138 | 47,8 |

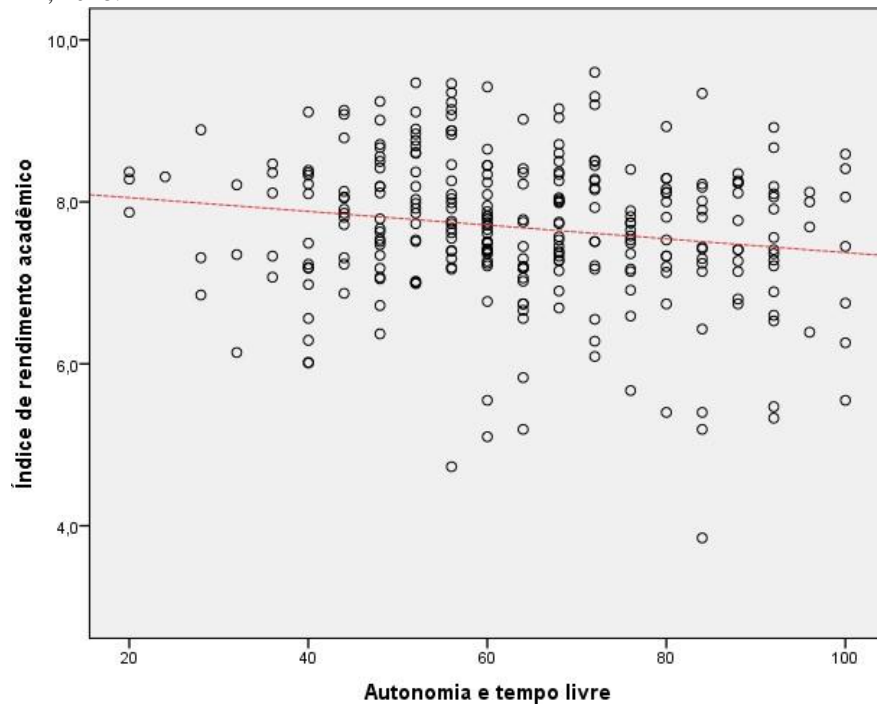
Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 17 – Distribuição da Dimensão 10: Provocação/Bullying dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão. MA, 2018.

| Provocação/Bullying | n | % |
|--|-----|------|
| 15.1 Você sentiu medo de outros jovens? | | |
| Nunca | 193 | 66,8 |
| Quase nunca | 50 | 17,3 |
| Algumas vezes | 36 | 12,5 |
| Quase sempre | 10 | 3,5 |
| Sempre | - | - |
| 15.2 Outros jovens zombaram ("gozaram") você? | | |
| Nunca | 175 | 60,6 |
| Quase nunca | 51 | 17,6 |
| Algumas vezes | 47 | 16,3 |
| Quase sempre | 16 | 5,5 |
| Sempre | - | - |
| 15.3 Outros jovens intimidaram ou ameaçaram você? | | |
| Nunca | 210 | 72,7 |
| Quase nunca | 44 | 15,2 |
| Algumas vezes | 31 | 10,7 |
| Quase sempre | 4 | 1,4 |
| Sempre | - | - |

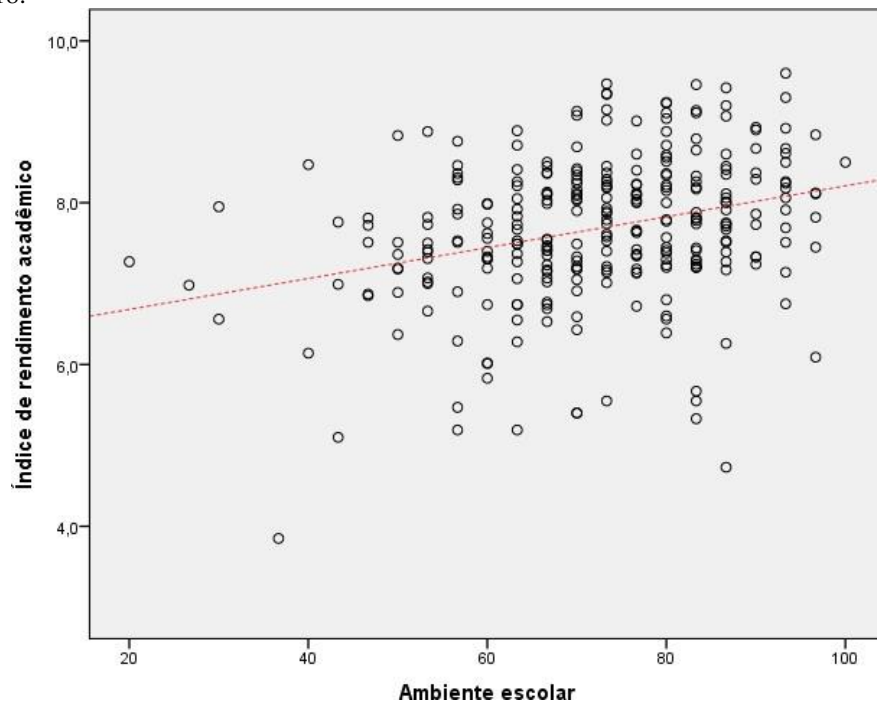
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 2 – Gráfico de dispersão da dimensão Autonomia e tempo livre do KIDSCREEN-52 por rendimento acadêmico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, MA, 2018.



Fonte: dados da pesquisa

Gráfico 3 – Gráfico de dispersão da dimensão Ambiente escolar do KIDSCREEN-52 por rendimento acadêmico dos adolescentes do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão, MA, 2018.



Fonte: dados da pesquisa.