

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

LEDSÔNIA GOMES SANTANA DE SOUSA

**AS RELAÇÕES ENTRE A QUALIDADE DE VIDA, A AUTOPERCEPÇÃO DE  
SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE  
MANHUAÇU - MG**

Belo Horizonte

2013

Ledsônia Gomes Santana de Sousa

**AS RELAÇÕES ENTRE A QUALIDADE DE VIDA, A AUTOPERCEPÇÃO DE  
SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE  
MANHUAÇU - MG**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Stela Maris Aguiar Lemos

Belo Horizonte

2013

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Profa. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomes

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

### **FACULDADE DE MEDICINA**

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof<sup>ª</sup>. Tereza Cristina de Abreu Ferrari

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antônio Leite Alves  
Radicchi

### **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA**

Coordenadora: Prof<sup>ª</sup>. Elza Machado de Melo

#### **COLEGIADO**

Prof<sup>ª</sup>. Elza Machado de Melo

Prof<sup>ª</sup>. Andréa Maria Silveira

Prof<sup>ª</sup>. Elizabeth Costa Dias

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Prof<sup>ª</sup>. Eliane Costa Dias Gontijo

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof<sup>ª</sup>. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Joaquim Antônio César Mota

Prof<sup>ª</sup>. Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Victor Hugo de Melo

Prof. Luiz Henrique Duczmal

## AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, autor e consumidor da nossa fé. A Ele que cuidou de mim com amor, me sustentou e me guardou nessa jornada.

Ao meu esposo, Márcio, e aos meus filhos Hemã e Enzo, pela compreensão em razão dos momentos de ausência e pelo apoio incondicional, demonstrado a cada dia pelo amor e carinho a mim dedicados.

Aos meus pais, que sempre me apoiaram e incentivaram em todos os momentos da minha vida, e principalmente, por me ensinarem a amar a Deus acima de tudo.

À minha orientadora, Stela Maris Aguiar Lemos, pelos ensinamentos e apoio que foram fundamentais para que esse trabalho pudesse ser concluído, pelo carinho com que me ajudou em todas as minhas dificuldades e por ter acreditado em mim.

À Coordenação, professores e funcionários do curso de Pós Graduação em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela dedicação, profissionalismo e auxílio constantes.

Aos meus colegas de curso pelo companheirismo e apoio durante todo o curso.

Aos diretores, professores e alunos das escolas pelo apoio na aplicação dos questionários para realização dessa pesquisa.

Aos meus ex-colegas de trabalho do NASF Manhuaçu que serão sempre lembrados por serem fundamentais na minha trajetória profissional, e aos colegas Daniel, Édson, Gedeon, Heriberto, Jorge (*in memoriam*) e Welerson pelo companheirismo e ajuda nas inúmeras viagens durante todo o curso.

Ao meu Pastor, Márcio Melo, à Primeira Igreja Batista em Manhuaçu e às queridas mulheres Grupo Ana, pelas orações por mim e minha família, que tem coberto minha vida de bênçãos sem medida.

## RESUMO

A presente dissertação de mestrado teve o objetivo de analisar as relações entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu-MG. A apresentação da dissertação contempla projeto de pesquisa, artigo de revisão e artigo original de pesquisa.

O projeto de pesquisa apresenta o delineamento do estudo analítico transversal com amostra aleatória estratificada por escola, composta por adolescentes com idade entre 15 e 18 anos de idade, de ambos os sexos, estudantes do Ensino Médio da área urbana do Município de Manhuaçu, incluindo escolas de financiamento público e privado. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários de caracterização dos sujeitos, autopercepção de saúde, qualidade de vida (PedsQL Versão 4.0) e atividade física (IPAQ Forma Curta).

O primeiro artigo contempla revisão de literatura a respeito de três eixos temáticos importantes na fase da adolescência: qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física. O objetivo do estudo foi descrever e analisar produções científicas relevantes sobre o tema e reunir informações importantes do conhecimento científico produzido nos últimos dez anos a fim de possibilitar reflexões e contribuir para a atuação dos profissionais na área da educação e saúde em geral. A pesquisa bibliográfica foi realizada em base de dados da ADOLEC, LILACS e IBECs incluindo artigos publicados a partir do ano de 2002, utilizando descritores em português, inglês e espanhol, relacionados à qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física. Foram encontrados 20 artigos que preencheram os critérios da pesquisa. O levantamento realizado na pesquisa bibliográfica permitiu verificar que existe relação positiva entre a prática de atividade física e benefícios para a qualidade de vida e autopercepção de saúde na fase da adolescência.

Ainda apresenta-se no presente trabalho artigo original de pesquisa que analisou a associação entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu por meio de estudo observacional, analítico e transversal com amostra aleatória estratificada por escola composta por 334 alunos do ensino médio das escolas de financiamento público e privado da área urbana do município. Destaca-se que a maioria dos adolescentes avaliou sua saúde como boa e a nota média atribuída à saúde foi 7. A qualidade de vida dos

adolescentes foi considerada positiva e obteve média 0,432. Os melhores valores foram atribuídos ao domínio social e físico e o pior resultado para o emocional. O sexo feminino apresentou-se como grupo mais vulnerável para a maioria dos aspectos da qualidade de vida, para autopercepção de saúde e para nível de atividade física. A atividade física não apresentou associação com significância estatística com a qualidade de vida e a autopercepção de saúde para a amostra estudada. O presente estudo contribui para o avanço da discussão na área da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população ainda em idades precoces.

**Descritores:** Qualidade de vida, Autoimagem, Atividade motora, Adolescente, Saúde do Adolescente, Promoção da Saúde.

## **ABSTRACT**

The objective of the present Master's thesis was to analyze the relationship between quality of life, self-perception of health and physical activity of adolescents in the municipality of Manhuaçu, Minas Gerais. The presentation of this thesis incorporates a research project, a review article and an original research article.

The research project outlines the design of the analytical cross-sectional study with random sampling stratified by school and composed of male and female adolescents aged between 15 and 18 years, all high school students from public and private schools in the urban area of Manhuaçu. The data were collected using questionnaires for subjects' profile, self-perception of health, quality of life (PedsQL version 4.0), and physical activity (short-version IPAQ).

The review article consists of a search in the literature regarding three key thematic streams in adolescence: quality of life, self-perception of health and physical activity. The objective of the study was to describe and analyze the relevant scientific production on those themes, collecting important information with regard to the body of scientific knowledge produced over the last 10 years in order to inform reflections and contribute to the practice of education and health professionals in general. The review of the literature was conducted by searching the databases ADOLEC, LILACS and IBECs, and included articles published from 2002 to the present, using descriptors in Portuguese, English and Spanish related to quality of life, self-perception of health and physical activity. Twenty articles fulfilled the search criteria. The review demonstrated a positive relationship between physical activity and benefits for the quality of life and self-perception of health in adolescence.

The original research article analyzes the relationship between quality of life, self-perception of health and physical activity of adolescents in the municipality of Manhuaçu through an observational analytical cross-sectional study with random sampling stratified by school including 334 high school students from the public and private schools located in the urban area of the municipality. Most adolescents evaluated their health as "good" and the mean score given to this item was 7. The quality of life of adolescents was positive and had an average 0.432. The highest scores were assigned to the social and physical domains, while the worst results were found in the emotional domain. The female students constituted the more vulnerable group in most aspects of quality of life, self-perception of health and level

of physical activity. Physical activity showed no statistically significant association with quality of life and self-perception of health for the study sample. The present study contributes to advance the discussion in the field of health promotion with a view to improving the quality of life of the population from an early age.

**Key words:** Quality of Life, Self-Concept, Motor Activity, Adolescent, Health Promotion, Adolescent Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### PROJETO DE PESQUISA

GRÁFICO 1 - Tamanho de amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro .....	36
--	----

### ARTIGO 1

FIGURA 1 – Organograma da Pesquisa Bibliográfica.....	51
QUADRO 1 – Relação entre Qualidade de Vida e Atividade Física .....	56
QUADRO 2 - Relação entre Autopercepção de Saúde e Atividade Física .....	60
QUADRO 3 - Relação entre Qualidade de Vida, Autopercepção de Saúde e Atividade Física .....	64

## LISTA DE TABELAS

### PROJETO DE PESQUISA

Tabela 1 - Tamanho de amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro.....	36
Tabela 2 - Tamanho da amostra estratificada por escola .....	37

### ARTIGO 2

Tabela 1 - Tabela de Frequência para Sexo, Escola, Série, Escolaridade do Pai e da Mãe .....	80
Tabela 2 - Tabela de Frequência para Percepção da Saúde .....	81
Tabela 3 - Tabela de frequência para as variáveis sobre qualidade de vida nos domínios físico, emocional, social e escolar.....	82
Tabela 4 - Tabela de Média e Intervalo de 95% de confiança para os indicadores da qualidade vida .....	83
Tabela 5 - Tabela de Frequência para “Trabalha de forma remunerada”, “Sua saúde está” e “Nível de Atividade Física” .....	84
Tabela 6 - Medidas Descritivas e teste de Mann-Whitney para Sexo entre os domínios da Qualidade de Vida .....	84
Tabela 7 - Medidas Descritivas e Teste de Kruskal-Wallis para os indicadores da qualidade de vida entre as idades .....	85
Tabela 8 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para os indicadores da qualidade de vida entre os tipos de escola .....	86
Tabela 9 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para nota dada a saúde entre sexo e tipo de escola .....	86
Tabela 10 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para nota dada a saúde entre sexo e tipo de escola .....	87
Tabela 11 - Tabela de Frequência e teste Qui-Quadrado para Classificação do Nível de Atividade Física entre Sexo, Tipo de Escola e Idade .....	87
Tabela 12 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para nota dada para a saúde entre os níveis de atividade física .....	88
Tabela 13 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para classificação do nível de atividade física entre os indicadores da qualidade de vida .....	88

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME – Associação Brasileira em Pesquisa de Mercados

AF5 – Autoconcepto Forma 5

AFI – Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa

APPT – Adolescent Pain Pediatric Tool

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

BDI – Beck Depression Inventory

CAF – Cuestionario Autoconcepto Físico

CCEB – Critério de Classificação Econômica do Brasil

CCVA – Cuestionario de Evaluación de la Calidad de Vida de Alumnos Adolescentes

CDSS – Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde

CGPNPS – Comitê Gestor da Política Nacional da Promoção da Saúde

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EBP – Escala de Bem estar Psicológico

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EDI-2 – Eating Disorder Inventory

HBSC – Health Behavior in School-aged Children

IBECS – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

IPAQ – *International Physical Activity Questionnaires*

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PedsQL – Questionário Pediátrico sobre Qualidade de Vida

PSDQ – Physical Self Description Questionnaire

SOC – Stage of Change

STAI – State-Trait Anxiety Inventory

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UCPel – Universidade Católica de Pelotas

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

YQOL- R – Youth Quality of Life Instrument-Research

## SUMÁRIO

<b>1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	14
<b>2. PROJETO DE PESQUISA</b> .....	15
2.1 Resumo .....	15
2.2 Introdução .....	16
2.3 Objetivo Geral .....	18
2.4 Objetivos Específicos .....	18
2.5 Hipóteses .....	18
2.6 Revisão de Literatura .....	19
2.6.1 Conceitos de Saúde .....	19
2.6.2 Promoção da Saúde .....	22
2.6.2.1 Histórico e Conceitos da Promoção da Saúde .....	22
2.6.2.2 Política Nacional de Promoção da Saúde .....	24
2.6.2.3 Promoção da Saúde e Ciclos de Vida .....	25
2.6.2.4 Promoção da Saúde e Qualidade de Vida .....	27
2.6.2.5 Promoção da Saúde e Atividade Física .....	29
2.6.2.6 Promoção da Saúde e Autopercepção de Saúde .....	31
2.7 Metodologia .....	33
2.8 Cronograma da Pesquisa .....	38
2.9 Referências .....	39
<b>3. ARTIGO 1</b> .....	44
3.1 Resumo .....	44
3.2 Introdução .....	46
3.3 Método .....	48
3.4 Revisão de Literatura .....	52
3.4.1 Qualidade de Vida .....	52
3.4.2 Autopercepção de Saúde .....	53
3.4.3 Atividade Física .....	53

3.5 Análise dos Artigos .....	54
3.6 Conclusão .....	67
3.7 Referências .....	68
<b>4. ARTIGO 2</b> .....	<b>73</b>
4.1 Resumo .....	73
4.2 Introdução .....	75
4.3 Métodos .....	77
4.4 Resultados .....	79
4.5 Discussão .....	89
4.6 Conclusão .....	95
4.7 Referências .....	97
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>104</b>
<b>6. ANEXOS</b> .....	<b>105</b>

## **1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

O presente trabalho apresenta o resultado da inserção e desenvolvimento de atividades no Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da aluna Ledsônia Gomes Santana de Sousa, e tem como enfoque o estudo da qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física no período da adolescência especificamente. O tema possui relevância por ser de grande interesse para o contexto atual da área da saúde que destaca a promoção da saúde e a qualidade de vida e uma perspectiva ampla relacionada à atividade física. Optou-se pelo estudo referente ao período da adolescência pela importância desta etapa para o pleno desenvolvimento dos indivíduos e pela necessidade do conhecimento das representações e perspectivas dos adolescentes para elaboração de propostas para uma vida melhor.

Sendo assim, este estudo busca contribuir para o avanço da discussão na área da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população ainda em idades precoces.

Este trabalho é constituído de:

1. Projeto de Pesquisa intitulado: As relações entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG.
2. Artigo 1: Qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física na adolescência: revisão integrativa de literatura.
3. Artigo 2: Qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física: análise da associação em adolescentes de 15 a 18 anos.

## **2. PROJETO DE PESQUISA**

### **As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG**

#### **2.1 RESUMO**

O presente trabalho tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes com idade entre 15 e 18 anos que estudam em escolas do Município de Manhuaçu.

Para isto, será realizado estudo analítico transversal com amostra aleatória estratificada por escola, composta por adolescentes de ambos os sexos, estudantes do Ensino Médio da área urbana do Município de Manhuaçu incluindo escolas de financiamento público e privado. Os instrumentos utilizados para a pesquisa são quatro questionários relacionados à caracterização dos sujeitos, autopercepção de saúde, qualidade de vida (Questionário Pediátrico sobre Qualidade de vida – PedsQL Versão 4.0) e atividade física (Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - Forma Curta).

Pretende-se verificar nesse estudo se há relação entre a qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física em adolescentes, bem como, se há diferença entre qualidade de vida e autopercepção de saúde de adolescentes que praticam atividade física regularmente daqueles que não praticam, e ainda se existe diferença entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e o nível de atividade física de alunos de escolas de financiamento público e privado.

## 2.2 INTRODUÇÃO

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) no Art 2º, adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade (ECA, 1990). Entretanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que adolescência é o período entre 10 e 19 anos (WHO, 1995). No presente trabalho adotou-se a classificação da OMS.

Segundo dados do IBGE, no Brasil são 34.157.633 adolescentes, com faixa etária entre 10 a 19 anos, que corresponde a 17,9% da população total (IBGE, 2010).

Em Manhuaçu, município da Zona da Mata de Minas Gerais, que tem população de 79.574 habitantes, área territorial de 628 Km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 126,65 hab/Km<sup>2</sup>, existem 14.218 adolescentes com idade de 10 a 19 anos, que corresponde a 17,86% da população. (IBGE, 2010)

A etapa da adolescência tem importância vital, pois é fundamental na estruturação da personalidade do indivíduo por meio de intensas transformações dos aspectos corporais, psicológicos e de relacionamento. É quando o sujeito experimenta os melhores índices de saúde e vitalidade que lhe permitem alcançar a idade adulta. (PALAZZO et al., 2003)

De acordo com Minayo (1994) a adolescência representa um período crítico na formação do indivíduo, sendo mais vulnerável à violência, álcool, drogas, miséria, sedentarismo, comportamento familiar, saúde precária, educação e gravidez na adolescência, o que afeta diretamente a qualidade de vida nesta fase.

O conceito de qualidade de vida tem sido bastante usado, principalmente nas áreas de ciências da saúde e sociais. Minayo afirma que o *“tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante”* (MINAYO et al, 2000).

A Organização Mundial da Saúde define Qualidade de Vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e*

*preocupações*". Portanto, destacam-se nessa definição: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual (DANTAS et al., 2003).

Outro aspecto importante neste ciclo de vida é o conceito de autopercepção de saúde que tem sido utilizado como importante indicador do nível de saúde, porque é simples, objetivo e amplo (KASMEL, 2004), e também por representar um preditor de mortalidade e morbidade (IDLER, 1990). A autopercepção de saúde permite compreender a visão que a pessoa tem sobre sua saúde, e não somente quanto ao risco de morte (SAVASSI, 2010).

Um importante fator que contribui decisivamente para a saúde física, emocional e cognitiva de um indivíduo é a atividade física, que pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, enquanto que o exercício é uma categoria da atividade física conceituada como conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Já a aptidão física refere-se à presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas. Por fim, treinamento ou condicionamento físico compreende a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objetivo de melhorar a aptidão física (GLANER, 2002).

A Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial de Saúde recomenda "*que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida*" (BARRETO et al., 2005). Para crianças e jovens com idades entre 5 e 17 anos, a OMS recomenda acumular pelo menos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa diariamente, adultos com idades a partir de 18 anos devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana (BARRETO et al., 2005).

De acordo com o Guia Saúde na Escola, as causas etiológicas mais frequentes de doenças entre adolescentes, no mundo inteiro, não são as infecções, mas as razões sociais e comportamentais. Desta forma, os paradigmas precisam ser mudados em relação aos cuidados com as doenças, para a sua prevenção, e ao manejo das doenças, para a promoção de saúde. (MINAS GERAIS, 2007)

Uma vez que fatores como qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física tem influência direta na vida dos adolescentes, justifica-se um estudo sobre o tema. Para tanto, pretende-se realizar uma pesquisa sobre os aspectos da

qualidade de vida, da autopercepção da saúde e atividade física dos adolescentes residentes no município de Manhuaçu/MG.

### **2.3 OBJETIVO GERAL**

Identificar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física em adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

### **2.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Conhecer o estado da arte e analisar criticamente a produção científica na área da qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes nos últimos dez anos.
- 2- Descrever a qualidade de vida de adolescentes segundo as variáveis: sexo, idade e tipo de escola.
- 3- Descrever a autopercepção de saúde de adolescentes segundo as variáveis: sexo, idade e tipo de escola.
- 4- Descrever o nível de atividade física de adolescentes segundo as variáveis: sexo, idade e tipo de escola.
- 5- Verificar a associação entre qualidade de vida e autopercepção de saúde com o nível de atividade física dos adolescentes.

### **2.5 HIPÓTESES**

1. Há relação entre autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física em adolescentes?
2. Há diferença entre a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes que praticam atividade física regularmente daqueles que não praticam?
3. Existe diferença entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e o nível de atividade física de alunos de escolas de financiamento público e financiamento privado?

## 2.6 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.6. 1 Conceitos de Saúde

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Assim, o significado de saúde não é o mesmo para todas as pessoas, dependerá da época, do lugar, da classe social, como também de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007).

Com a criação da OMS, em 1948, definiu-se que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, expressando uma concepção bastante ampla, muito além do enfoque centrado na doença (BUSS e FILHO, 2007). Apesar deste conceito ser bem avançado para a época de sua formulação, encontra objeções sendo considerado irreal, ultrapassado e unilateral por visar uma perfeição inatingível (SEGRE e FERRAZ, 1997). Além de críticas de natureza técnica (a saúde seria algo ideal, inatingível, que não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde), surgiram também outras de natureza política, libertária: o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde. (SCLIAR, 2007).

Resultado das críticas ao conceito idealista da OMS, em 1977, Christopher Boorse formula que “saúde é ausência de doença”, atribuindo caráter objetivo à classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes (SCLIAR, 2007).

Em 1974, Marc Lalonde, ministro da Saúde do Canadá, divulga o Informe de Lalonde, questionando os resultados insuficientes da abordagem médica exclusiva para tratamento de doenças crônicas, apresentando também motivação política, técnica e econômica com a finalidade de enfrentar os aumentos do custo da saúde (HEIDMANN et al, 2006). Lalonde fundamenta seu documento no conceito de “campo da saúde”, um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve intervir (SCLIAR, 2007). O campo da saúde contempla:

- \_ a biologia humana (genética e função humana);
- \_ o ambiente (natural e social);
- \_ o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde);
- \_ a organização dos serviços de saúde.

O conceito de campos de saúde introduziu os chamados “determinantes de saúde” e influenciou políticas sanitárias da Inglaterra e Estados Unidos e estabeleceu bases para a Conferência de Alma Ata em 1978. O Relatório de Lalonde foi considerado como o Moderno Movimento de Promoção à Saúde, sendo o primeiro documento oficial denominado de Promoção à Saúde (HEIDMANN et al, 2006).

Apesar da evolução desta abordagem, o enfoque às mudanças de estilos de vida com ênfase na ação individual, também resultou em algumas críticas, sobretudo, por negligenciarem o contexto político, econômico e social (HEIDMANN et al, 2006).

Por conseguinte, no ano de 1978, a Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, reafirmou o significado de saúde como um direito humano fundamental e umas das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004). Também enfatizou as enormes desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde. (SCLIAR, 2007).

Em 1984, a OMS/Europa produziu um documento preliminar contendo os elementos-chave da nova promoção à saúde, reforçando a noção da determinação social da saúde (HEIDMANN et al, 2006).

Assim, em 1986, a Carta de Otawa fundamenta a nova concepção de saúde internacional, a promoção da saúde, associada a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Também destaca uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais (BUSS, 2000).

Nesta perspectiva, a Constituição Federal Brasileira, de 1988, artigo 196, apresenta que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (SCLIAR, 2007), expressando a crença na determinação

social do processo saúde–doença, saúde como “resultante de condições de vida e trabalho” e um estado coletivo “que pode ser alcançado através de políticas econômicas e sociais” (FERNANDES e MENDES, 2007).

Assim, percebe-se a alternância de abordagens da saúde com enfoques biomédicos e enfoques sociopolíticos e ambientais. Nos últimos anos, entretanto, a evolução conceitual e prática da promoção da saúde enfatiza a importância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), reconhecendo que as condições de vida e trabalho estão relacionadas com a situação de saúde de indivíduos e populações (BUSS e FILHO, 2007).

A OMS define os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Para a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e FILHO, 2007).

Decorrente do crescente avanço dos DSS em março de 2005 a OMS cria a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) objetivando a conscientização global da importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades de saúde por eles geradas. No ano seguinte, no Brasil, é criada a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BUSS e FILHO, 2007).

Desta forma, percebe-se ultimamente, extraordinário avanço no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias (BUSS e FILHO, 2007).

## **2.6. 2 Promoção da Saúde**

### **2.6.2. 1 Histórico e conceitos da Promoção da Saúde**

Percebe-se ao longo da história o interesse entre condições de vida e saúde. Desde os séculos XVIII e XIX, a partir do movimento sanitário europeu, encontra-se o questionamento do modelo biomédico, baseado na doença e na medicalização da vida social. Sanitaristas como Villermé, Chadwick, Virchow, Neumann e Johann Peter Frank identificaram ao lado dos fatores físicos, fatores sociais e econômicos como causadores de epidemias (BUSS, 2000; MINAYO et al, 2000).

Em 1946, Henry Sigerist, pela primeira vez, nominou a Promoção da Saúde como uma das áreas de trabalho da medicina. Mais tarde, em 1970, Leawell & Clark, relacionou Promoção da Saúde com ações do primeiro estágio da História Natural da Doença (FERNANDES e MENDES, 2007).

O moderno movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em maio de 1974, com a divulgação do Informe Lalonde: A New Perspective on the Health of Canadians, que trouxe grande impacto sendo responsável pelo início de grande interesse social e político pela Saúde Pública ao questionar o papel exclusivo da medicina para solucionar os problemas de saúde (FERNANDES e MENDES, 2007).

Em 1978 a OMS organizou em Alma-Ata a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde trazendo importante reforço para os defensores da estratégia de promoção da saúde, que culminou com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986 (MENDES, 2004).

A Carta de Ottawa definiu a Promoção da Saúde como “processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificarem os fatores e condições determinantes da saúde e exercerem controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (FERNANDES e MENDES, 2007).

A partir deste momento, houve uma série de conferências sobre o tema, com objetivo principal de promover o suporte das ideias e medidas necessárias para as ações em saúde, em defesa do ideário da promoção da saúde, estabelecendo suas bases conceituais e políticas (BUSS, 2001).

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Adelaide, em 1988, evidenciou o papel das políticas públicas na resolução dos problemas de saúde (FERNANDES e MENDES, 2007).

No ano de 1991, a Conferência de Sundsvall, destacou o ambiente como parte da agenda de saúde (FERNANDES e MENDES, 2007).

A primeira Conferência realizada num país em desenvolvimento aconteceu em Jacarta, Indonésia, em 1998 e buscou estabelecer parcerias e alianças para a resolução dos problemas, a partir da discussão conjunta dos mesmos e de sua causalidade, sem desconsiderar o conflito de interesses e desenvolvendo técnicas de negociação para a tomada de decisão, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias (FERNANDES e MENDES, 2007).

Em 2000, na V Conferência de Promoção da Saúde, realizada no México, os ministros assumiram o compromisso de elaborar os Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de promoção da saúde na política nacional e local, reconhecendo a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a manutenção das ações de saúde em nível local, nacional e internacional (FERNANDES e MENDES, 2007).

A VI Conferência em Bangkok, com o lema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde”, discutiu várias estratégias a fim de garantir a sustentabilidade ambiental e das ações de Promoção da Saúde, valorizando a busca de parcerias inclusive com o setor privado (FERNANDES e MENDES, 2007).

### **2.6.2.2 Política Nacional de Promoção da Saúde**

Na I conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, foram divulgados e implementados conceitos e práticas de Promoção da Saúde. No Brasil, no mesmo ano realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde que propôs as bases da “Reforma Sanitária Brasileira” cujos princípios e diretrizes similares aos conceitos centrais da Promoção da Saúde foram incorporados na Constituição Federal Brasileira de 1998 (BUSS e CARVALHO, 2009).

Em 1992 inicia-se o Programa Saúde da Família inspirado em preceitos da Promoção da Saúde, como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BUSS e CARVALHO, 2009).

Entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde formalizou o projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção” no esforço de introduzir formalmente o tema no debate de saúde do país (BUSS e CARVALHO, 2009).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde elaborou o documento de “Política Nacional de Promoção da Saúde”. Neste contexto, foram elaborados diversos documentos, nas áreas de alimentação saudável e atividade física; violência no trânsito; o projeto “Agita Brasil”, a proposta de promoção da saúde na escola, entre outros (BUSS e CARVALHO, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu e difundiu a Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS e iniciou o programa “Pratique Saúde” (BUSS e CARVALHO, 2009).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde criou o Comitê Gestor da Política Nacional da Promoção da Saúde (CGPNPS) (BUSS e CARVALHO, 2009).

Em 2006, foi formulada a Política de Promoção da Saúde no SUS articulando e reforçando diversas iniciativas promocionais (BUSS e CARVALHO, 2009).

Ainda em 2006 foi instituída a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (BUSS e CARVALHO, 2009).

Em 2008 foi divulgado o relatório da CNDSS “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil” (BUSS e CARVALHO, 2009).

A seguir, o programa “Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011”, trouxe grande destaque para o campo da Promoção da Saúde, constituindo-se num dos sete eixos de intervenção, ao lado da atenção à saúde, complexo industrial da

saúde, força de trabalho em saúde, qualificação da gestão, participação e controle social e cooperação internacional (BUSS e CARVALHO, 2009).

A fim de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, em 2006, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica e em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por equipe multiprofissional ampliando a cobertura e o escopo da atenção básica (PAIM et al, 2011).

### **2.6.2.3 Promoção da Saúde e Ciclos de vida**

A promoção da saúde destaca o papel protagônico dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Desta forma, suas atividades devem ser direcionadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2001).

De acordo com Levinger, três períodos do ciclo da vida marcam profundamente a capacidade humana de se desenvolver e a capacidade de alcançar uma vida melhor. O primeiro período vai do nascimento aos cinco anos de idade ou no início da idade escolar. O segundo refere-se aos anos em que o indivíduo recebe educação básica (idade escolar à adolescência). O terceiro período representa a fase adulta (BUSS, 2001).

Desta forma, em todos os ciclos da vida podem ser implementadas diversas ações de promoção da saúde direcionadas aos indivíduos ou às coletividades, particularmente na infância e adolescência (BUSS, 2001).

Destaca-se neste trabalho o período do ciclo de vida da adolescência que tem sobressaído no panorama social e científico, seja pela importância social e política, seja pela condição especial de desenvolvimento biopsicossocial como também pela responsabilidade imposta ao Estado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Constituição Federal na garantia dos seus direitos (MOREIRA et al, 2003). Além disso, segundo dados do IBGE, no Brasil são 34.157.633 adolescentes, com faixa etária entre 10 a 19 anos, que corresponde a 17,9% da população total (IBGE, 2010).

A adolescência é um período do desenvolvimento humano no qual se estabelece comportamento, caráter, personalidade e estilo de vida. O ambiente em que o jovem está inserido é um dos fatores que mais influenciam seu comportamento e estilo de vida no futuro (BUSS, 2001).

Há poucos anos atrás a adolescência era descrita como o período do ciclo vital caracterizado como de menor risco de adoecimento e morte. Entretanto, nos últimos anos alguns fatores tem ocasionado crescimento da morbimortalidade nesse grupo populacional. Observa-se o aumento de hábitos de vida pouco saudáveis resultando em fatores de risco para doenças; os problemas econômicos e sociais tem tornado cada vez mais frequente comportamentos de risco entre adolescentes; crescimento da violência, suicídios, acidentes e contaminação por doenças, em decorrência das precárias condições de vida e iniquidade social a qual os jovens estão submetidos. (MORAIS et al, 2010; CLARO et al, 2006).

Moreira, Neto e Sucena (2003) destacam que “a conjunção diária entre a ausência de perspectivas de futuro, a pobreza, a exclusão social, delinquência e violência estrutural” constituem-se nas principais influências para a morte de adolescentes (MOREIRA et al, 2003).

Não obstante, percebe-se a fragilidade do sistema de saúde para atender às demandas dos adolescentes brasileiros tendo em vista o impacto das causas externas e dos aspectos socioemocionais na morbimortalidade desse grupo populacional; a persistência do modelo assistencial clínico que refle na procura dos adolescentes por ações curativas; e a tendência ao enfoque nos comportamentos de risco desconsiderando a integralidade da saúde dos adolescentes e os fatores relacionados a tais comportamentos (MORAIS et al, 2010).

Portanto, deve-se valorizar a fase da adolescência, buscando estratégias que atendam às necessidades dessa população, que melhorem a qualidade de assistência prestada e reduzam o número de óbitos e agravos preveníveis, fundamentadas nos princípios da integralidade, multidisciplinaridade e intersetorialidade, associada a uma política de promoção de saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de riscos, detecção precoce de agravos, tratamento e reabilitação (HENRIQUES et al, 2010).

#### **2.6.2.4 Promoção da Saúde e Qualidade de Vida**

A Carta de Ottawa, um dos principais documentos para a definição de promoção da saúde atual, destaca este termo associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros (BUSS, 2000).

Assim, a perspectiva da Promoção da Saúde como uma nova forma de pensar e de fazer saúde, que se reflete nas condições de vida da população, com enfoque na qualidade de vida, tem como objetivo contribuir para que grupos da população reflitam sobre seus problemas e tomem decisões para melhorar sua qualidade de vida, sob a ótica do desenvolvimento (FERNANDES e MENDES, 2007).

Embora a Qualidade de Vida seja uma expressão usual no dia-a-dia das pessoas, o termo se reveste de grande complexidade dado a subjetividade que representa para cada pessoa ou grupo social.

Para Minayo, Hartz e Buss (2000) “qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes...” Assim, apresentam o conceito de qualidade de vida como “uma noção polissêmica”, “uma construção social, com a marca da relatividade”.

Encontra-se também, o conceito de qualidade de vida associado ao padrão de consumo, difundido pelo modelo de desenvolvimento capitalista que privilegia a aquisição de bens de consumo como essenciais para a existência. Westphal alega que apesar de este conceito ser eticamente enganoso e contribuir para a alienação da população, alguns autores, especialmente ligados às ciências sociais e à filosofia, discutem formas de conceituar qualidade de vida a partir do universo cultural e do atendimento de necessidades de sobrevivência, e assim ajudar no entendimento das demandas da população, sobretudo a que se encontra abaixo do nível da pobreza (FERNANDES e MENDES, 2007).

Na década de 1970, com o crescimento do movimento ambientalista observa-se tendência da literatura em conceituar a qualidade de vida contemplando os aspectos humanos e os ambientais relacionados às condições materiais de vida e à subjetividade nas relações dos homens entre si e com a natureza, incrementando a visão da ecologia humana (FERNANDES e MENDES, 2007).

Westphal afirma que ao tratar da questão da promoção da saúde e qualidade é necessário discutir a concepção que entende a relação ser humano e natureza condicionada aos comportamentos inadequados dos indivíduos, priorizando a mudança de comportamento ou de estilo de vida para a consecução da qualidade de vida. Neste sentido, transforma-se a vítima, que provavelmente não teve condições materiais ou psicológicas para mudar seus hábitos, em culpada, por não querer assumir um estilo de vida saudável (FERNANDES e MENDES, 2007).

Destaca-se também a definição de Nussbaum e Sen (1993) sobre qualidade de vida a partir dos conceitos de capacidade (as possíveis combinações de coisas que uma pessoa está apta a fazer ou ser) e funcionalidade (as várias coisas que ela pode de fato fazer) (HERCULANO, 1998). Nesta perspectiva, a qualidade de vida refere-se a "capacitação para alcançar funcionalidades elementares - alimentar-se, ter abrigo, saúde - e as que envolvem autorrespeito e integração social - tomar parte na vida da comunidade" (HERCULANO, 1998). Deste modo, "qualidade de vida não deve, portanto, ser entendida como um mero conjunto de bens, confortos e serviços, mas, através destes, das oportunidades efetivas das quais as pessoas dispõem para ser" (HERCULANO, 1998).

Agregando ao conceito a questão ambiental Herculano define "qualidade de vida como a soma das condições econômicas, ambientais, científico-culturais e políticas coletivamente construídas e postas à disposição dos indivíduos para que estes possam realizar suas potencialidades: inclui a acessibilidade à produção e ao consumo, aos meios para produzir cultura, ciência e arte, bem como pressupõe a existência de mecanismos de comunicação, de informação, de participação e de influência nos destinos coletivos, através da gestão territorial que assegure água e ar limpos, higiene ambiental, equipamentos coletivos urbanos, alimentos saudáveis e a disponibilidade de espaços naturais amenos urbanos, bem como da preservação de ecossistemas naturais" (HERCULANO, 1998).

Sendo a melhoria da qualidade de vida o objetivo da Promoção da Saúde é fundamental discutir o que representa a qualidade de vida a fim de entender as aspirações das comunidades de modo que as práticas de promoção da saúde possam contribuir para que a população reflita sobre seus problemas e tomem decisões para melhorar sua qualidade de vida (FERNANDES e MENDES, 2007).

### **2.6.2.5 Promoção da Saúde e Atividade Física**

Os vários conceitos sobre a promoção da saúde podem ser reunidos em dois grupos: O primeiro direcionado à implantação de programas educativos que tendem a modificar o comportamento e o estilo de vida do indivíduo e da comunidade, excluindo do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2002).

O segundo grupo representa o entendimento moderno da promoção da saúde e se fundamenta no papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde (estilo de vida, biologia humana, ambiente e serviços de saúde), de políticas públicas e do empoderamento sobre a qualidade de vida. Assim, Valoriza ações voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2002).

Deste modo, a promoção da saúde, entendida como estratégia de produção social de saúde, deve estar articulada e permear políticas públicas e tecnologias a serem implantadas pressupondo a interação entre o setor sanitário e os demais setores da sociedade, entre o indivíduo e seu meio, com o fim de produzir uma rede de corresponsabilidade pelo bem-estar global.

Assim, a construção de uma política de Promoção da Saúde implica primeiramente em uma reflexão sobre os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento e sobre a forma de associar os diferentes atores que possam contribuir para responder à situação de saúde da população. Portanto, deve-se dedicar uma atenção especial em proposições que visem à investigação em saúde, mobilizando esforços de diferentes áreas para criação de um sistema de cuidados que contribua para a satisfação das necessidades de uma vida saudável e que possibilite a participação comunitária. (MORETTI et al, 2009).

Esse grande desafio envolve arranjos intersetoriais na gestão pública, empoderamento da população, desenvolvimento de competências e habilidades, capacitação, acesso à informação, estímulo à cidadania ativa, entre outros, para que a população reconheça seus problemas e suas causas, a fim de que ela possa advogar por políticas públicas saudáveis (MORETTI et al, 2009).

Nesta perspectiva, em 2004, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, como um instrumento de promoção geral da saúde para populações e indivíduos e de prevenção do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. Uma das suas recomendações é que os indivíduos se envolvam em níveis adequados de atividade física e que esse comportamento seja mantido regularmente na maioria dos ciclos de vida (BARRETO, 2005).

Nesse contexto, a inserção de um programa de atividade física direcionada à população deve estar fundamentada em uma concepção da Promoção da Saúde apoiada em processos educativos que vão além da transmissão de conhecimentos. Ela deve estar focada no enfrentamento das dificuldades, no fortalecimento da identidade e na incorporação de soluções criativas e saberes saudáveis. Assim, pressupõem também o empoderamento da população, capacitação e acesso à informação habilitando-as para opções por uma vida mais saudável (MORETTI et al, 2009).

Buss (2002) afirma que o fomento da atividade física é uma das ações mais importantes de promoção da saúde no nível individual. Sabendo da evidente relação positiva entre atividade física e a redução da mortalidade. Estudos sugerem efeito positivo nos riscos de enfermidades cardiovasculares, perfil dos lipídeos plasmáticos, manutenção da densidade óssea, redução das dores lombares e melhores perspectivas no controle das enfermidades respiratórias crônicas. Ainda, efeitos benéficos no tratamento primário ou complementar da arteriosclerose, da enfermidade venosa periférica, da osteoporose, assim como benefícios psicológicos em curto prazo (diminuição da ansiedade e estresse) e em longo prazo (melhoria de quadros depressivos, do estado do humor e da autoestima) (BUSS, 2002).

Assim, o impacto de uma intervenção de promoção à saúde em uma perspectiva ampla relacionada à atividade física, certamente poderá refletir na melhoria da qualidade de vida da população e na compreensão de que manter a saúde é uma tarefa que exige um esforço em conjunto, a mobilização do indivíduo, da comunidade, do governo, de ideias e ideais (MORETTI et al, 2009).

Neste sentido, a efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e a qualidade de vida da população.

Portanto, na perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida, a atividade física deve ser estimulada buscando formas diferenciadas de produzir saúde, compor relações sociais e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida da população.

#### **2.6.2.6 Promoção da Saúde e Autopercepção da Saúde**

A mensuração do estado de saúde é bastante complexa uma vez que engloba diversos aspectos da vida do indivíduo. Essa investigação tem sido objeto de pesquisa de muitos profissionais da saúde na busca de informações que possam auxiliar a compreensão das diferentes realidades relacionadas com saúde e qualidade de vida (MACIEL, 1999).

A avaliação de saúde abrange diferentes métodos de estudo, podendo ser realizada por meio de exames laboratoriais; avaliação clínica feita por profissionais especializados; e avaliação da autopercepção de saúde, fundamentada nos conhecimentos e nas crenças pessoais (SOBRAL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere alguns indicadores para avaliação da saúde da população, entre eles estão a autopercepção do estado de saúde, a percepção de doença de longa duração e a qualidade de vida, destacando como benefício que os resultados desses indicadores podem ser comparados a outras populações e a diferentes momentos no tempo (AGOSTINHO, 2010).

A saúde percebida refere-se à avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre a qualidade do funcionamento da sua saúde física e mental (BANDURA, 1997 apud DE VITTA, 2009), sendo que a autopercepção de saúde abrange indiretamente todos os recursos que possam influenciar o bem estar (BARCELOS e OLIVEIRA, 2011).

A autopercepção da saúde fundamenta-se em critérios subjetivos e objetivos, expressando uma percepção individual, que inclui aspectos biológicos, psicológicos e sociais, sendo influenciada por condições socioeconômicas, sexo, idade e presença de doenças crônicas (AGOSTINHO, 2010).

Desta forma, a autopercepção de saúde se mostra um indicador válido e importante para avaliar as condições de saúde de um indivíduo ou de uma população no seu aspecto geral (BARROS, 2005 apud SOBRAL, 2006). Além de ser

um método simples, direto e amplo, pode fornecer dados importantes e prever os riscos de mortalidade e limitações funcionais (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Outra característica importante da autopercepção de saúde é que ela contempla a saúde de forma global, aproximando do conceito ampliado de saúde (SOBRAL, 2006).

A autopercepção de saúde, também engloba diversos aspectos importantes do estilo de vida que devem ser considerados, pois são capazes de interferir na saúde do indivíduo (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Além de contemplar aspectos relacionados à saúde e ao estilo de vida, a autopercepção de saúde compreende indiretamente todos os recursos que possam influenciar o bem-estar, inclusive os fatores socioeconômicos que são importantes determinantes de saúde (SOBRAL, 2006).

Outra vantagem da autopercepção é a capacidade de permitir que as pessoas façam um julgamento de toda a sua trajetória na vida, não focando apenas as condições de saúde momentaneamente. (IDLER e BENYAMIANI, 1997).

A autopercepção de saúde compreende aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, e associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, podendo ser vista como uma representação das avaliações objetivas de saúde. (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Agostinho (2010) relata que é importante entender como a pessoa percebe sua saúde, uma vez que a percepção e a importância dada à saúde tem influência sobre seu comportamento (AGOSTINHO, 2010).

Além de tudo isto, a autopercepção de saúde é considerada um método confiável e ultimamente mais utilizado do que a observação direta para a análise de saúde (ALVES e RODRIGUES, 2005).

Buss (2002) ressalta que a percepção da comunidade sobre o que é saúde e o que é mais saudável ou favorável à saúde é muito importante para a definição de programas e ações educativas, uma vez que os indicadores tradicionais de saúde não dão conta da complexidade da situação (BUSS, 2002). Desta forma, é indispensável o estabelecimento de determinantes de saúde capazes de identificar e facilitar ações de promoção da saúde (BARCELOS e OLIVEIRA, 2011).

Neste sentido, destaca-se a importância da autopercepção de saúde para a promoção da saúde, proporcionando o conhecimento da situação de saúde da comunidade, com foco nas pessoas e em seu ambiente físico, social e cultural e não

na doença. Assim, podem ser exploradas as inter-relações entre as várias dimensões da saúde, para alcançar uma percepção integrada do indivíduo (AGOSTINHO, 2010).

Tendo em vista a perspectiva da Promoção da Saúde como uma nova forma de pensar e de fazer saúde, que se reflete nas condições de vida da população, com enfoque na qualidade de vida, com objetivo de contribuir para que grupos da população reflitam sobre seus problemas e tomem decisões para melhorar sua qualidade de vida (FERNANDES e MENDES, 2007), deve-se considerar a autopercepção de saúde como instrumento útil para avaliação da saúde e consequente aplicação e ampliação das ações de promoção da saúde.

## **2.7 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo analítico transversal com amostra aleatória estratificada por escola. A amostra deste estudo será composta por adolescentes da área urbana do município de Manhuaçu, estudantes do ensino médio de escolas de financiamento público e privado, com idade entre 15 e 18 anos 11 meses e 29 dias, de ambos os sexos.

Serão incluídos nessa pesquisa:

1. Os estudantes que concordarem em participar e tiverem o termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles mesmos e pelos responsáveis.
2. Apresentar idade entre 15 a 18 anos 11 meses e 29 dias.
3. Cursar o ensino médio nas escolas da área urbana do município de Manhuaçu.

Serão excluídos da pesquisa aqueles que:

1. Não conseguirem responder os questionários propostos;
2. Não responderem adequadamente aos questionários;
3. Apresentarem evidências ou histórico de alterações cognitivas, neurológicas ou motoras.

Para cumprir os objetivos do projeto serão utilizados os seguintes procedimentos/instrumentos:

Questionário de caracterização do sujeito, contendo o sexo, escola, endereço, série em curso, renda familiar, número de irmãos e escolaridade dos pais. (Anexo 1)

1. Questionário de autopercepção de saúde, composto por 3 perguntas, elaborado pelas pesquisadoras, baseados em Garbin (2009) e Mathias (2007), cujo objetivo é conhecer a percepção de saúde dos adolescentes. (Anexo 2)

2. Questionário pediátrico sobre qualidade de vida (PedsQL – versão 4.0 Português - Brasil), composto por 23 perguntas, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa (KLATCHOIAN, 2008). (Anexo3)

3. Questionário internacional de atividade física (IPAQ – forma curta), proposto pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (MATSUDO et al, 2001). Para adolescentes brasileiros com idade superior a 14 anos o IPAQ foi validado por Guedes e colaboradores (GUEDES et al, 2005). (Anexo 4)

O IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física – foi proposto por pesquisadores da OMS, em 1998, em Genebra, Suíça, com representantes de 25 países, inclusive o Brasil, com a finalidade de estimar o nível de prática habitual de atividade física de populações de diferentes países e contextos socioculturais, possibilitando levantamento da prevalência de atividade física no mundo. (GUEDES et al, 2005; MATSUDO et al, 2001).

Esse instrumento é apresentado em diferentes idiomas, inclusive em língua portuguesa, disponível em duas versões do IPAQ, forma curta e forma longa. Ambas possuem características de autoadministração ou de entrevista por telefone, objetivando levantamento de informações quanto à frequência e à duração de caminhadas e de atividades cotidianas que exigem esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa, bem como do tempo despendido em atividades realizadas em posição sentada em dias da semana e do final de semana, tendo como período de referência uma semana usual ou a última semana. (GUEDES, 2005). Os resultados de validade e reprodutibilidade das formas curta e longa apresentaram resultados similares, sendo que a forma curta é geralmente melhor aceita pelos participantes por ser prática e rápida, e por isto é recomendada para estudos nacionais de prevalência e de possibilidade de comparação internacional. (MATSUDO et al, 2001).

Assim, o IPAQ, é um instrumento com coeficientes de validade e reprodutividade similares a de outros instrumentos, com a vantagem de possibilitar levantamento de grandes grupos populacionais, sendo ótima alternativa para comparações internacionais. (MATSUDO et al, 2001).

Os dados serão coletados nas próprias escolas, concomitantemente com alunos de cada sala, no horário de aula, sendo que, em dia anterior, será distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização dos responsáveis legais dos menores de 18 anos e para os próprios alunos com até 18 anos 11 meses e 29 dias. Depois de coletadas as autorizações e consentimentos, serão aplicados os instrumentos de pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa serão recrutados em visita das pesquisadoras à escola para explanação da pesquisa e convite à participação, quando esclarecerão dúvidas que ocorrerem. Os participantes serão orientados sobre o caráter voluntário da investigação, seus objetivos, importância e sigilo das informações obtidas. A seguir, realizarão distribuição dos TCLE para prévia autorização.

O cálculo de amostra foi realizado de tal forma que possibilite estender os resultados da amostra coletada para a população de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do município de Manhuaçu. Para isso, optou-se por amostragem aleatória estratificada, utilizando uma alocação proporcional da amostra por escolas.

Utilizando o método para estimação de proporções para populações finitas, (BOLFARINE e BUSSAB, 2005), a expressão para o tamanho da amostra é dada por:

$$n = \frac{N}{\frac{(N-1)B^2}{p(1-p)z_\alpha^2} + 1},$$

em que  $z_\alpha$  é o percentil da distribuição normal correspondente ao nível de significância  $\alpha$ ,  $p$  é a proporção da ocorrência de uma categoria específica de alguma variável da qualidade de vida, autopercepção de saúde ou atividade física,  $B$  a margem de erro e  $N$  o tamanho da população de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas públicas e privadas da zona urbana do município de Manhuaçu. Para o cálculo da amostra foi adotado um  $N$  de 2256.

Para possibilitar o cálculo do tamanho da amostra para as diferentes variáveis com os níveis especificados de significância e margem de erro, foi utilizado um  $p$  de 50%, uma vez que o tamanho da amostra obtido sobre esta suposição é máximo, suficiente para qualquer possível resultado que venha a ocorrer (HULLEY et al, 2006).

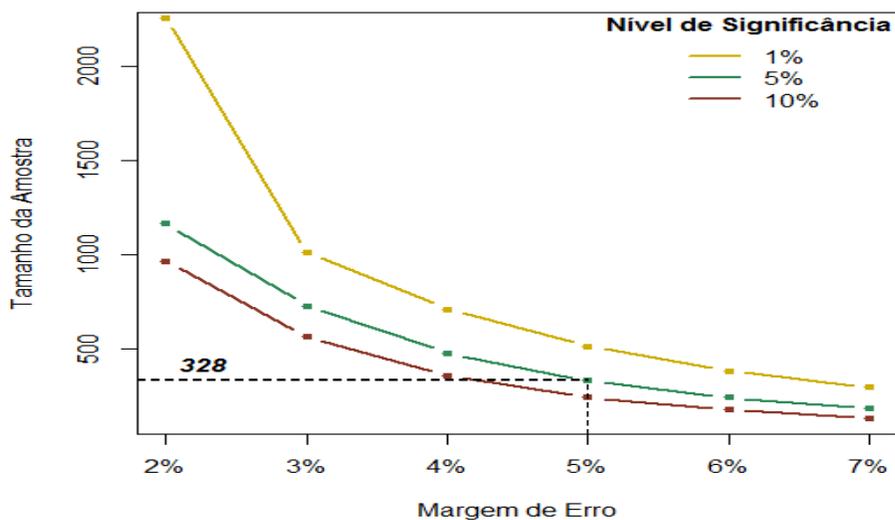
Na tabela abaixo, pode-se verificar o tamanho da amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro, em que se destaca o número 328 gerado a partir da margem de erro 5% e o nível de significância de 5%.

Tabela 1 - Tamanho de amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro.

Margem de erro	Nível de significância		
	1%	5%	10%
2,0%	1459	1163	964
3,0%	1012	725	561
4,0%	708	474	354
5,0%	511	<b>328</b>	240
6,0%	381	239	173
7,0%	293	180	129

O gráfico abaixo também permite visualizar o tamanho da amostra condicionada ao nível de significância e margem de erro.

Gráfico 1 - Tamanho de amostra condicionado ao nível de significância e margem de erro.



Para verificar o tamanho de amostra necessário a ser coletada foi realizada alocação proporcional dos 328 alunos por escola. Tendo em vista que em uma escola da rede privada a direção não autorizou a realização da pesquisa houve realocação da amostra para as demais escolas. Na tabela 2 pode-se verificar o tamanho de amostra estratificada por escola ( $n_i$ ).

**Tabela 2 - Tamanho da Amostra Estratificada por escola.**

<b>Escola</b>	<b>Tipo</b>	<b>N<sub>i</sub> (Alunos)</b>	<b>%</b>	<b>n<sub>i</sub></b>
A	Pública	96	4,46	<b>15</b>
B	Pública	590	27,39	<b>90</b>
C	Pública	940	43,64	<b>143</b>
D	Pública	222	10,31	<b>34</b>
E	Privada	124	5,76	<b>19</b>
F	Privada	77	3,57	<b>12</b>
G	Privada	105	4,87	<b>16</b>
H	Privada	102	0	<b>0</b>
Total	-	2256	100,00%	328

A pesquisa compreende a aplicação de questionários relacionados à qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física.

Será realizada análise descritiva da distribuição de frequência de todas as variáveis categóricas e análise das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas. Para tanto, os dados serão previamente digitados em um banco de dados e conferidos.

Será realizada ainda, análise para verificar associação entre as variáveis de exposição em estudo e os eventos, utilizando os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Serão considerados como associações estatisticamente significantes, os resultados que apresentarem um nível de significância de 5%.

Para a entrada, o processamento e a análise dos dados quantitativos será utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0.

Esta pesquisa não apresenta riscos à integridade física ou psicológica dos sujeitos envolvidos, pois não serão realizados procedimentos que ocasionem danos físicos ou psicológicos aos adolescentes, sendo que, se por qualquer motivo houver algum constrangimento, percebido pela pesquisadora ou referido pelo adolescente, a coleta de dados será interrompida imediatamente. Todos os dados dos participantes serão mantidos em sigilo.

Os resultados deste estudo contribuirão como fonte complementar aos estudos acadêmicos das áreas de saúde e educação e também contribuirão para o conhecimento e caracterização dessa população pouco estudada.



## 2.9 REFERÊNCIAS

AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **R. Bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v.5, n.17, p.9-15, 2010.

ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n.5/6, p.333-341, 2005.

BARCELOS, A. R. G.; OLIVEIRA, L. I. E. Relações entre autopercepção de saúde, aspectos sociodemográficos e doenças crônicas não transmissíveis de idosas que frequentam um projeto social de uma cidade do Vale do Rio dos Sinos, RS. **Rev Conhecimento Online**, v.2, n.3, 2011.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.1, p.41-68, 2005.

BARROS, L. P. et al. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.57, n.3, p.212-217, 2008.

BOLFARINE, H.; BUSSAD, W. O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Blucher, 2005.

BRASIL. Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, v.32, n.6, p.9, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde na infância e adolescência. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v.1, n.3, p.279-282, 2001.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.6, p.2305-2316, 2009.

BUSS, P. M.; CRUZ, O. Promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.6, p.50-63, 2002.

BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CLARO, L.B.L. et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, p.1565-1574, 2006.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

DE VITTA, A. **Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres, adultos e idosos, sedentários e ativos**. Tese de Doutorado da Faculdade de Educação – Universidade Estadual de Campinas, SP, 2001.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (orgs). Promoção da Saúde e Gestão Local, USP/CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2007.

GARBIN, C. A. S. et al. La Salud Bucal en la Percepción Del Adolescente. **Revista de Salud Pública**, v.11, n.2, 2009.

GLANER, M. F. Nível de Atividade Física e Aptidão Física Relacionada à Saúde em Rapazes Rurais e Urbanos. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.16, n.1, p.76-85, 2002.

GUEDES, D. P.; LPOES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes **Rev Bras Med Esporte**, v.11, n.2, p.151-158, 2005.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: Trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.2, 352-358, 2006.

HENRIQUES, B. D.; ROCHA, R. L.; MADEIRA, A. M. F. Saúde do adolescente: o significado do atendimento para os profissionais da atenção primária do município de Viçosa, MG. **Rev Med Minas Gerais**, v.20, n.3, p.300-309, 2010.

HERCULANO, S. C. "A qualidade de vida e seus indicadores" **Ambiente e sociedade**, v.1, n.2, p.77-99, 1998.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

IBGE, Sinopse do Censo Demográfico de 2010 do Município de Manhuaçu. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: 03 de abril de 2012.

IBGE, Tabela 1378 - População residente, por situação do domicílio, sexo e idade, segundo a condição no domicílio e compartilhamento da responsabilidade pelo domicílio. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1378&z=cd&o=5&i=P>. Acesso em: 04 de abril de 2012.

IDLER, E.L.; ANGEL, R.J. Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study. **American Journal of Public Health**, v.80, n.4, p.446-52, 1990.

IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. **J Health Soc Behavior**, v.38, n.1, p.21-37, 1997.

KASMEL, A. et al. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. **European Journal of Public Health**, v.14, n.1, p.32-36, 2004.

KLATCHOIAN, D. A., et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: Confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico Pediatric Quality of Life Inventory TM versão 4.0. **Jornal de Pediatria**, v.84, n.4, p.308-315, 2008.

MACIEL, A. A. **A procura por cuidado de saúde: o papel das crenças e percepções de mulheres na vivência do processo saúde-doença.** Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 1999.

MATHIAS, I. Indicadores de Saúde e do Estilo de Vida de Adolescentes Escolares Residentes em Municípios Grandes, Médios e Pequenos de Santa Catarina, Brasil. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.3, p.7-15, 2007.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, vol.6, n.2, p.5-18, 2001.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: A Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.3, p.447-448, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde na Escola. Guia para uma adolescência saudável.** Belo Horizonte, 2007. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/comunicacao-e-educacao-em-saude/cartilhas-de-educacao-em-saude/saude-na-escola/SEG-05-0393-FOL%201.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento Científico: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

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

MORAIS, N. A. et al. Promoção de saúde e adolescência: um exemplo de intervenção com adolescentes em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.3, p.507-518, 2010.

MOREIRA, M. R.; NETO, O. C.; SUCENA, L. F. M. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Mangueiras, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v.19, n.1, p.161-173, 2003.

MORETTI, A. C. et al. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Veja**, v.6736, n.11, p. 60054-8,2012.

PALAZZO, L. S.; BÉRLA, J. U.; TOMAS I, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? **Caderno Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1655-1665, 2003.

PORTO, M. F. S.; FREITAS, C. M. Qualidade de vida e riscos ambientais. **EDUFF. Niterói**, 2000.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v.5, n.17, p.3-5, 2010.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SOBRAL, C. R. M. **Determinantes da autopercepção de saúde entre mulheres frequentadoras do Centro de Práticas Esportivas da Universidade de São Paulo (CEP-USP/USP)**; São Paulo, 2006. [Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação Interunidades em Nutrição Humana Aplicada – FCF – FEA – FSP da Universidade de São Paulo].

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: use and interpretation of anthropometry. Genova: WHO; 1995. Disponível em: [http://www.who.int/childgrowth/publications/physical\\_status/en/index.html](http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/index.html). Acesso em: 21 abril 2012.

### 3. ARTIGO 1 Submetido à Revista CEFAC

#### **Qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física na adolescência: revisão integrativa de literatura.**

Ledsônia Gomes Santana de Sousa, Stela Maris Aguiar Lemos

#### **3.1 RESUMO**

O presente estudo trata-se de revisão integrativa de literatura produzida com base em artigos a respeito de três eixos temáticos importantes na fase da adolescência: a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física.

O estudo tem como objetivo descrever e analisar produções científicas relevantes sobre o tema, reunindo informações importantes do conhecimento científico produzido nos últimos dez anos a fim de possibilitar reflexões e contribuir para a atuação dos profissionais na área da educação e saúde em geral.

A pesquisa bibliográfica foi realizada em base de dados da ADOLEC, LILACS e IBECs incluindo artigos publicados a partir do ano de 2002, utilizando descritores em português, inglês e espanhol, relacionados à qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física.

Foram encontrados 20 artigos que preencheram os critérios da pesquisa e que apresentaram alguma relação com o tema pesquisado, os quais foram agrupados em quatro quadros de acordo com a abordagem dos eixos temáticos.

O levantamento realizado na pesquisa permitiu verificar que existe relação positiva entre a prática de atividade física e benefícios para a qualidade de vida e autopercepção de saúde na fase da adolescência.

**Descritores:** Qualidade de vida, Auto imagem, Atividade motora, Adolescente, saúde do adolescente.

## **Quality of life, self-perception of health and physical activity in adolescence: an integrative review of the literature**

### **ABSTRACT**

The present study consists of an integrative review of the literature based on articles concerning three key thematic streams in adolescence: quality of life, self-perception of health and physical activity.

The aim of the study was to describe and analyze the relevant scientific production on the theme, collecting important information regarding the body of scientific knowledge produced over the last ten years in order to enable reflections and contribute to the practice of the professionals in the field of education and health in general.

A literature review was conducted by searching the databases ADOLEC, LILACS and IBECs, and included articles published from 2002 to the present, using descriptors in Portuguese, English and Spanish related to quality of life, self-perception of health and physical activity.

Twenty articles were found that fulfilled the study criteria and were related to the theme in question. The articles were sorted into four content categories according to their approach to the thematic streams.

The review undertaken in the present study made it possible to verify that there is a positive relationship between physical activity and benefits for the quality of life and self-perception of health in adolescence.

**Descriptors:** Quality of life, Self concept, Motor activity, Adolescent, Adolescent health.

### 3.2 INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica, definida por Laurenti como *“uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas que passa a se caracterizar predominantemente por doenças crônicas não transmissíveis”* <sup>(1)</sup>, a rejeição do paradigma biomédico, além dos novos desafios sociais políticos e culturais das últimas décadas tem elicitado novos pensamentos e ações na área da saúde.

Neste cenário, destaca-se a promoção da saúde como processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para controle dos determinantes de saúde, objetivando melhor qualidade de vida e que tem como elementos-chave a necessidade de mudanças no modo e condições de vida assim como a mediação entre escolhas pessoais e responsabilidade social a fim de construir um futuro mais saudável <sup>(2)</sup>.

Fatores associados à saúde e qualidade de vida, como os hábitos e as opções que definem o estilo de vida de um indivíduo, são estabelecidos e sedimentados, em grande parte, antes da vida adulta. Por isso, devem ser trabalhados precocemente em seus diversos aspectos para incentivar sua consolidação ainda na infância e adolescência <sup>(3)</sup>.

A adolescência é um período do ciclo da vida humana marcado por grandes transformações. Este processo requer reorganização biológica, cognitiva, emocional e social, para que o adolescente consiga se adaptar às expectativas e exigências culturais da vida adulta <sup>(4)</sup>.

Em todo o mundo, observa-se o interesse crescente sobre o termo qualidade de vida, o que reflete em acelerado desenvolvimento de produções científicas ligadas ao tema. Apesar do crescente interesse, encontra-se na literatura que *“a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde”* <sup>(5)</sup>.

Destaca-se também no presente estudo importante construto para o conhecimento científico: a autopercepção de saúde, que representa uma importante medida de avaliação do estado de saúde, pois é uma medida subjetiva, que combina

componentes físicos e emocionais, incluindo sensação de bem-estar e satisfação com a vida. Além disso, é de fácil acessibilidade e útil como indicador de morbidade e mortalidade <sup>(6)</sup>. Estudo nacional <sup>(7)</sup>, por meio do sistema de vigilância de fatores de risco e proteção nacional, aborda a autopercepção de saúde para a população brasileira adulta e idosa. Entretanto, informações sobre a autopercepção de saúde de adolescentes brasileiros são escassas e limitadas <sup>(8)</sup>.

Outro importante fator para atender esta mudança de paradigma é o incentivo à prática de atividade física, que tem sido alvo de políticas públicas que visam estimular ações e estratégias que melhorem as condições de vida dos sujeitos. A literatura destaca que *“o ato de exercitar-se precisa estar incorporado não somente ao cotidiano das pessoas, mas também à cultura popular, aos tratamentos médicos, ao planejamento da família e à educação infantil”*<sup>(9)</sup>. Justifica-se essa necessidade no aspecto social, oportunizando ao homem o direito de estar ativo fisicamente em grupo, como também no aspecto econômico, visto que os custos com saúde individual e coletiva são menores em populações fisicamente ativas. Destaca-se que um corpo crescente na literatura demonstra que o exercício, a aptidão e a atividade física estão relacionados com a prevenção e reabilitação de doenças, com a qualidade de vida e benefícios para a saúde mental <sup>(9)</sup>.

A OMS (2010) recomenda que crianças e jovens com idades entre 5 e 17 anos devem acumular pelo menos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa diariamente, adultos com idades a partir de 18 anos devem fazer pelo menos 150 minutos de atividade física de intensidade moderada ao longo da semana. Essas recomendações são relevantes para os seguintes resultados de saúde: saúde cardiorrespiratória (doença coronária, cardiovascular acidente vascular cerebral, doença e hipertensão); saúde metabólica (diabetes e obesidade); saúde músculo-esquelética (saúde dos ossos, osteoporose); Câncer (mama e cólon); saúde Funcional e prevenção de quedas; e Depressão <sup>(10)</sup>.

Assim, conceitos como a qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física, que são fatores relevantes em qualquer etapa da vida, adquirem especial importância na adolescência.

Deste modo, é de suma importância o estudo do perfil da produção científica relacionada aos adolescentes com enfoque na qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física, para oferecer subsídios que permitam utilizar a síntese dos

resultados de estudos relevantes sobre este tema auxiliando profissionais e pesquisadores.

O presente artigo tem o objetivo de descrever e analisar produções científicas relevantes nos últimos dez anos e ampliar a discussão acerca das relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes.

### **3.3 MÉTODO**

Trata-se de revisão integrativa da literatura sobre as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes por meio de pesquisa de literatura na base de dados da ADOLEC e também na Biblioteca Virtual de Saúde em base de dados da LILACS e IBECs, incluindo artigos entre os anos de 2002 a 2012, realizada em duas etapas, no período de 12 de abril a 17 de maio de 2012. Para identificação dos estudos, foi realizada busca utilizando descritores em português, inglês e espanhol.

Na primeira etapa utilizou-se como estratégia de busca a seguinte combinação de descritores: Qualidade de Vida (Calidad de Vida e Quality of Life) e Auto-Imagem (Autoimagen, Self Concept e autopercepção) e também Atividade Motora (Motor Activity).

Foram encontrados como resultado desta busca 42 referências da base de dados ADOLEC, 160 referências da base de dados da LILACS e 30 referências da IBECs. Destas referências, após leitura dos resumos dos artigos, foram selecionadas 18 referências, sendo sete da ADOLEC, nove da LILACS e duas referências da IBECs por apresentarem alguma relação com o tema da pesquisa bibliográfica, as outras referências não foram selecionadas por não apresentarem relação com o tema pesquisado.

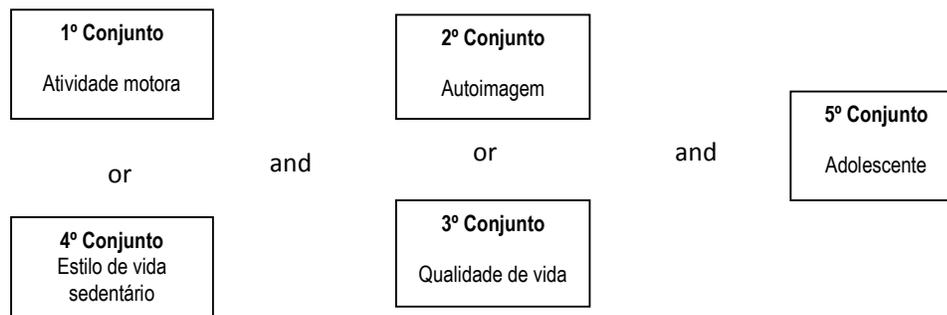
Na segunda etapa da pesquisa bibliográfica foi realizada associação de descritores por grupos de eixo temático, resultando em cinco conjuntos de descritores.

O primeiro conjunto de descritores foi selecionado para a constituição do eixo temático da atividade física. O segundo conjunto, para constituição do eixo temático da autopercepção. O terceiro conjunto foi organizado para o eixo temático da qualidade de vida. O quarto conjunto para o eixo temático do sedentarismo. O quinto conjunto para o eixo temático de adolescente.

Os descritores utilizados foram: “Atividade Motora” ou “Exercício” ou “[Treinamento de Resistência](#)” ou “esportes” ou “aptidão física” ou “Educação Física e Treinamento” e “Auto-Imagem” ou “Auto Avaliação” ou “Imagem Corporal” e “qualidade de vida” e “estilo de vida sedentário” e “Adolescente” e seus correlatos em inglês e espanhol.

A estratégia de busca utilizada foi a combinação:

O primeiro **ou** o quarto conjunto **e** o segundo **ou** o terceiro conjunto **e** o quinto conjunto.



O resultado da busca foi:

[LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde](#) – 996

IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde – 439

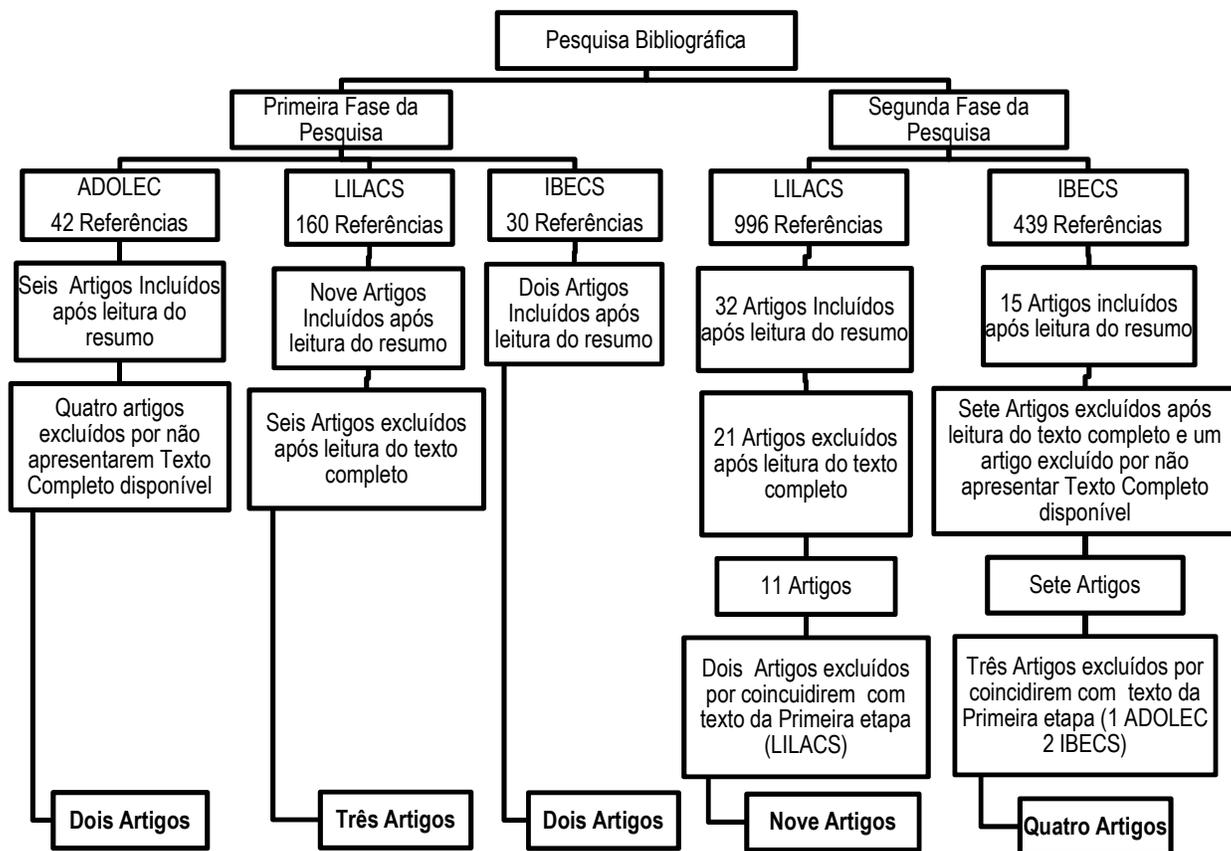
Após leitura dos resumos foram incluídos na pesquisa 32 artigos da base de dados da LILACS e 15 artigos da base de dados do IBECS por apresentarem alguma relação com o tema da pesquisa bibliográfica. As outras referências não foram selecionadas por não apresentarem relação com o tema pesquisado ou por não conter a faixa etária específica. Somente foram incluídas na pesquisa as referências de artigo de pesquisa original ou de revisão de literatura.

A seguir foi utilizado como critério de exclusão as referências que não possuíam disponíveis os textos completos ou aqueles que após a leitura do texto completo não satisfizeram aos critérios da pesquisa: não contemplar o objeto da pesquisa (as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes) ou não compreender a faixa etária da pesquisa. Sendo excluídos da primeira etapa da pesquisa quatro artigos da ADOLEC por não possuir texto completo disponível e seis artigos da base de dados da LILACS que não satisfizeram aos critérios da pesquisa. Da segunda etapa da pesquisa foi excluído um artigo do IBECS por não apresentar texto completo disponível e após leitura completa dos textos foram excluídos 21 artigos da base de dados do LILACS

e sete do IBECs que não contemplavam a relação com o tema da pesquisa bibliográfica. Por fim, dois artigos da LILACS, e três da IBECs foram excluídos por serem repetidos.

Obteve-se como resultado das duas etapas da pesquisa 20 artigos (11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30) que faziam relação entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes. As estratégias da pesquisa bibliográfica foram organizadas em fluxograma, conforme Figura 1.

**Figura 1: Fluxograma da Pesquisa Bibliográfica:**



### 3.4 REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão trata das relações entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física na fase da adolescência, aspectos importantes neste ciclo da vida que se caracteriza por intensas transformações. A seguir encontram-se os referenciais teóricos e conceitos adotados para a busca e análise dos estudos.

#### 3.4.1 Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem sido amplamente usado, principalmente nas áreas de ciências da saúde e sociais. Minayo afirma que o *“tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante”*<sup>(5)</sup>.

A Organização Mundial da Saúde define Qualidade de Vida como *“a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”*<sup>(31)</sup>. Um conceito amplo que destaca aspectos da saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual<sup>(32)</sup>.

Vários estudos<sup>(9,18,33,34)</sup> discutem a importância da qualidade de vida em diferentes ciclos da vida. Segundo a literatura<sup>(35)</sup> na fase da adolescência, período crítico na formação do indivíduo, a qualidade de vida pode ser afetada, visto que os indivíduos são mais vulneráveis à violência, álcool, drogas, miséria, sedentarismo, comportamento familiar, saúde precária, educação e gravidez na adolescência.

### 3.4.2 Autopercepção de saúde

A autopercepção de saúde, compreendida como a percepção que o indivíduo apresenta de sua saúde, representa uma importante medida de avaliação do estado de saúde que pode ser facilmente obtida. É um método prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos, pois é simples, objetiva e ampla, além de ser um bom preditor de morbidade e mortalidade <sup>(36)</sup>.

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e tem se mostrado um método confiável. Apesar existirem outras medidas para avaliar as condições de saúde, apresenta resultados semelhantes aos de avaliações objetivas, pois se associa fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde <sup>(37)</sup>.

### 3.4.3 Atividade física

Outro eixo do presente estudo é a atividade física, entendida como qualquer movimento corporal realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, assim, este comportamento inclui todas as atividades realizadas diariamente, quer seja no trabalho, no lazer e nas demais atividades como: alimentar-se, vestir-se, etc. Enquanto que o exercício é uma categoria da atividade física conceituada como conjunto de movimentos físicos repetitivos, planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Já a aptidão física refere-se à presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas, sendo dependente de características inatas e/ou adquiridas por um indivíduo. Por fim, treinamento ou condicionamento físico compreende a repetição de exercícios, durante períodos de semanas ou meses, com o objetivo de melhorar a aptidão física <sup>(38)</sup>.

Os benefícios da prática de atividade física como também os riscos do sedentarismo à saúde e bem estar das pessoas é amplamente documentado na literatura <sup>(39)</sup>. Segundo a OMS a atividade física atua na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e representa um componente importante para um estilo de vida saudável e para a promoção da saúde <sup>(10)</sup>.

Desta forma, a atividade física tem ganhado destaque em investigações na área da saúde. A literatura científica tem documentado estudos <sup>(40,41,42,43,44,45,46,47,48)</sup>

sobre os benefícios da prática de atividade física para a saúde e qualidade de vida de pessoas de todas as idades e especificamente, no período da adolescência, há evidências de que a atividade física acarreta inúmeros benefícios associados à saúde, tanto diretamente como também para a idade adulta <sup>(49)</sup>.

Na adolescência, a atividade física auxilia o desenvolvimento, diminui os riscos de doenças posteriores, e também proporciona efeitos psicossociais positivos <sup>(50)</sup>. Além disso, traz benefícios associados à saúde esquelética, controle da pressão sanguínea, da manutenção da massa magra e diminuição dos riscos de patologias relacionadas ao sedentarismo e obesidade, e ainda, os hábitos adquiridos neste período podem predizer o nível de prática de atividade física na idade adulta <sup>(20)</sup>.

### 3.5 ANÁLISE DOS ARTIGOS

A composição das amostras dos artigos incluídos nesta pesquisa foi de adolescentes na faixa etária compreendida entre 10 e 23 anos e, em sua maioria (17 estudos), de estudantes do ensino médio e centros universitários (11,12,13,14,16,17,18,19,21,22,23,24,25,26,27,28,30). Para a OMS a adolescência compreende a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Entretanto, a característica da amostra desta pesquisa compreendendo até os 23 anos foi adotada em apenas um artigo que não foi excluído da pesquisa por sua relevância.

Dos 20 artigos 10 <sup>(12,16,18,19,20,21,22,25,29,30)</sup> foram publicados nos anos de 2011 e 2010 e os outros entre 2009 e 2006. Quinze estudos <sup>(11,12,13,14,16,17,19,21,22,23,24,25,26,29,30)</sup> realizaram delineamento do tipo transversal.

Quanto aos instrumentos utilizados para coletas de dados, verificou-se que todos utilizaram questionário autoaplicável ou aplicado em forma de entrevista, sendo que 13 artigos utilizaram apenas este tipo de instrumento <sup>(12,14,16,20,21,22,23,24,25,27,28,29,30)</sup>, cinco dos artigos associaram o questionário a medidas antropométricas <sup>(11,13,17,18,26)</sup> e apenas dois artigos utilizaram testes para avaliar condicionamento físico <sup>(15,19)</sup>.

Dentre os 20 artigos, 10 são internacionais <sup>(11,13,14,16,19,21,25,26,27,28)</sup> e 10 nacionais <sup>(12,15,17,18,20,22,23,24,29,30)</sup> destes, nove são da região sul do Brasil e apenas um da região Nordeste <sup>(29)</sup>.

Após a análise dos artigos incluídos nesta revisão foi observado a carência de trabalhos que abordem, simultaneamente ou separadamente, os três eixos

temáticos, qualidade de vida, autopercepção de saúde e a atividade física no ciclo de vida adolescência.

A análise dos 20 artigos encontrados sobre a relação entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes, obtidos como resultado das duas etapas desta pesquisa, evidenciaram relação positiva entre estes três eixos temáticos <sup>(16,28)</sup>, apontando para a importância do incentivo da atividade física na adolescência como fator de promoção da qualidade de vida <sup>(13,14,15,18,22)</sup> e também da autopercepção da saúde <sup>(23,25,29)</sup> neste ciclo da vida. Os artigos selecionados foram agrupados em três quadros, de acordo com a abordagem dos eixos temáticos deste estudo, como apresentado nos quadros 1, 2 e 3:

Quadro 1 – Relação entre a Qualidade de Vida e Atividade Física.

Estudo/ Local	Tipo de Estudo	Sujeitos	Instrumentos	Resultados
Hidalgo-Rasmussen et al, 2011. Guadalajara México.	Observacion al analítico e transversal.	2401 estudantes do Centro Universitário do Sul da Universidade de Guadalajara, México, nos anos de 2007 a 2009.	Questionário de Qualidade de vida (YQOL-R) módulo perceptual e sete itens sobre percepção e comportamento de controle de peso adaptados do YRBS.	Observou-se que 52% de mulheres e 31,7% de homens buscavam baixar o peso. QV mais alta para peso próximo do adequado, que buscavam manter seu peso e os que faziam exercício; QV mais baixa para aqueles que relataram muito sobrepeso, mulheres que buscavam baixar o peso, comiam menos, deixavam de comer, faziam dieta sem supervisão, vomitavam ou tomavam laxantes. Nas mulheres a QV foi diferente quando tentavam manter, aumentar ou baixar o peso; em homens só ocorreu diferenças nos que tentavam aumentar o peso.
Hallal et al, 2010. Pelotas/ Rio Grande do Sul.	Coorte prospectivo.	4452 adolescentes de coorte de nascimentos (1993) em Pelotas, Rio Grande do Sul.	Entrevistas domiciliares, utilizando pergunta baseada em escala gráfica de faces. Pergunta norteadora: Qual face mostra como o adolescente se sentia no último ano.	Aproximadamente a metade (49,4%) identificou-se com a face 1 (muito felizes), sendo esta proporção maior nas meninas do que nos meninos. Os adolescentes com pior situação econômica quando comparados aos com melhor situação econômica apresentaram maior prevalência de nível muito elevado de bem-estar. Contudo, também apresentaram maior prevalência de bem-estar moderado ou baixo. Quanto maior a categoria de índice de massa corporal menor a proporção de jovens com elevado bem-estar. As adolescentes do sexo feminino fisicamente ativas apresentaram maior percentual de elevado bem estar em relação às sedentárias. Quanto ao nível de Atividade Física, os adolescentes mais ativos tinham 10% mais chances de identificação com a face muito feliz em comparação com seus pares menos ativos.
Gordia et al, 2009. Lapa, Paraná.	Analítico transversal com uso dados secundários.	608 adolescentes (14 a 20 anos) regularmente matriculados na rede pública e particular do Ensino Médio do município da Lapa, Paraná.	Mensuração da massa corpórea e estatura para obtenção do IMC; Questionário WHOQOL-Bref Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ; Teste para a Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Alcool (AUDIT); Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa para avaliação da condição socioeconômica.	Indivíduos menos ativos tiveram 1,7 vezes mais risco de apresentarem respostas compatíveis com domínio físico ruim da Qualidade de vida do que seus pares mais ativos. Adolescentes do sexo feminino tiveram 2,8 vezes mais chances de apresentarem domínio físico ruim quando comparadas aos adolescentes do sexo feminino. Os principais subgrupos populacionais com risco de apresentar domínio físico ruim foram adolescentes que apresentaram Níveis atividades Físicas baixos e pertencentes ao sexo feminino.
Bueno et al, 2010. Alvorada, Rio Grande do Sul.	Observacion al analítico e transversal.	748 estudantes (13 a 22 anos) do primeiro ano do Ensino Médio da rede pública estadual de Alvorada/ RS	Questionário de dados sociodemográficos (sexo, idade, grau de escolaridade dos pais); Questionário desenvolvido para a pesquisa sobre afiliação grupal (participação e frequência); Teste para avaliar o propósito de vida (Pil-R Test- Purpose in life); Escala de satisfação com a vida (Brief Life Satisfaction Scale); Escala de Auto-Estima de Rosenberg.	Os resultados apontam uma participação de 43,4% dos jovens em grupos formais, em que a maior participação ocorreu em grupos de prática de esportes (50,3%). Quanto à participação em grupos formais em relação a suas médias nas variáveis, autoestima, propósito de vida e satisfação com a vida, os resultados demonstram que houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas três variáveis avaliadas, apresentando, os adolescentes que pertencem a grupos formais, maior autoestima, propósito de vida e satisfação com a vida.

Interdonato et al, 2011. Londrina, Paraná.	Descritivo, transversal,	38 adolescentes (14 a 18 anos), com deficiência visual (18) e auditiva (20), matriculados em escolas do ensino médio da cidade de Londrina, Paraná.	Questionário WHOQOL-Bref para mensurar Qualidade de Vida; Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ versão curta; Informações sócio-demográficas (sexo, à idade, ao estado civil, ao número de filhos, à moradia, à distância e ao meio de transporte para a Instituição, à jornada de trabalho, ao uso de tabaco e de bebidas alcoólicas); Classificação econômica de acordo Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, com base no nível de escolaridade do chefe da família, condições de moradia, posse de utensílios domésticos, automóveis e número de empregados domésticos.	Neste estudo foi verificada a percepção de qualidade de vida de indivíduos com deficiência física, fisicamente ativos e sedentários, sendo que o domínio psicológico foi o que obteve melhor pontuação, principalmente entre os fisicamente ativos. Os adolescentes entrevistados demonstraram boa percepção de qualidade de vida, e apresentam níveis satisfatórios de prática de atividade física. Os valores encontrados destacam que tanto os adolescentes com deficiência visual quanto os com deficiência auditiva apresentam alguns hábitos de vida saudáveis, tendo em vista que nenhum entrevistado disse consumir bebidas alcoólicas, ser fumante e sedentário, além do que os valores apresentados permitem inferir que eles possuem boa percepção de qualidade de vida global.
Camargo, 2009. Bucaramanga, Colômbia.	Transversal.	461 escolares (10 a 17 anos) de 30 instituições educacionais, públicas e privadas de Bucaramanga, Colômbia.	Uso de variáveis sociodemográficas e antropométricas; Escala nominal com variáveis dicotômicas (sim ou não) para registrar: fumar, trabalhar além de estudar, praticar atividades desportivas, ver televisão e uso de computador (e registro do número de horas dedicadas a cada atividade); Instrumento pediátrico para medir dor em adolescentes (APPT Adolescent Pain Pediatric Tool); Questionário para qualidade de vida em adolescentes (CCVA) com quatro domínios (pessoal, familiar, escolar e social).	As adolescentes do sexo feminino corresponderam a 52,6%, prevalência de sobrepeso de 6,4%, obesidade 1,3%, dor 54%, e 14,1% não praticam esportes. Dois fatores foram obtidos (qualidade de vida global e vida escolar), que explicou 52,2% da variância, Cronbach $\alpha$ de 0,8 e 0,7 respectivamente. Foram associados com baixa qualidade de vida: Idade (OR 1,06); IMC (RP 1,02); Dor no dia da pesquisa (OR 1,2); Praticar um ou mais esportes se correlacionou com a diminuição da probabilidade de ter má qualidade de vida.
Cattai et al, 2008. Maringá, Paraná.	Longitudinal, analítico	40 adolescentes (11 a 17 anos) no período de agosto de 2005 até o primeiro semestre de 2007, em Maringá, Paraná.	Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: -Aulas de atividade física (2x sem.); -Consulta nutricionista (1x sem); -Consulta psicólogo (quinzenal). Avaliação: peso, altura, flexibilidade, força dos membros superiores, resistência muscular abdominal, aptidão cardiorrespiratória, circunferência abdominal, quadril e cintura. Questionário Stage of change (SOC); Physical Self Description Questionnaire-PSDQ (Marsh,1999); Aspectos de aptidão física, auto-estima, auto-imagem, nível de atividade física e status de saúde.	Com o Programa de tratamento Multiprofissional da obesidade houve os seguintes benefícios: -Redução de indicadores de adiposidade central com importantes implicações do ponto de vista fisiológico, diminuindo o risco de distúrbios endócrino-metabólicos como o diabetes e a hipertensão e efeitos benéficos sobre os aspectos de integração social e de autopercepção física que certamente contribuem para a promoção da saúde; -Aumento dos componentes da aptidão física: força de membros superiores, resistência abdominal e aptidão aeróbia, favorecendo consequentemente as atividades da vida diária; -Diferenças significativas nos domínios relacionados aos hábitos alimentares. -Nos domínios relativos à atividade física, por causa da grande variação de resultados, não foram constatadas diferenças significativas. -Diferenças significativas no <i>status</i> de saúde, atividade física habitual e conceito físico geral nas 11 escalas do Physical Self Description Questionnaire (PSDQ). Este instrumento indicou diferença significativa no nível de atividade física, enquanto que o Stage of change (SOC) não detectou tal mudança; -Benefícios nas escalas de saúde e conceito físico geral; -Melhoria na percepção de qualidade de vida.

Guillén Garcia et al, 2011. Barcelona, Espanha.	Analítico transversal.	75 alunos (10 a 13 anos) do terceiro ciclo primário.	Para medir condicionamento físico foram aplicadas as provas: Velocidade (Teste de 50m); resistência (Teste de Cooper); flexibilidade (Teste de flexão anterior vertical de tronco; abdominais (Teste de abdominais adaptado para 30 segundos); força de pernas (Teste de salto Longitudinal);força de braços (Teste de lançamento de medicine ball);circuito de agilidade (Teste de corrida de obstáculos). Escala de Autoconceito de Piers-Harris adaptada, com as seguintes dimensões: Conduta-Comportamento; status Intelectual e escolar; Aparência e Atributos físicos; Falta de Ansiedade; escala social de popularidade; Felicidade-satisfação.	Os resultados obtidos confirmam parcialmente a relação entre autoconceito e condição física. Não se verificaram diferenças relativas ao gênero, mas destacam-se algumas diferenças segundo a idade. Em geral, os alunos mais velhos apresentam um melhor autoconceito. Os resultados da prova de abdominais apresentam uma relação positiva com as dimensões de autoconceito referentes ao comportamento e à felicidade. De igual modo, os sujeitos com maiores pontuações na prova de agilidade apresentaram um melhor autoconceito intelectual.
Candel Campillo et al, 2008. Murcia, Espanha.	Transversal, Observacional	226 adolescentes do sexo feminino (16 a 19 anos) estudantes de bacharelado do município de Murcia.	Questionário de Ansiedade e Estado de Risco (STAI); Inventário de Depressão de Beck (BDI) adaptado para o espanhol; Questionário de Autoconceito AF5 composto por cinco fatores: autoconceito acadêmico, autoconceito social, autoconceito familiar, autoconceito emocional e autoconceito físico; Os fatores sociodemográficos se tomaram mediante coleta de dados.	Os resultados indicam que o grupo de meninas que praticam algum tipo de atividade física tem pontuações superiores em todos os fatores de autoconceito, exceto no emocional; aquelas que praticam atividade física com maior frequência têm níveis inferiores de ansiedade e depressão. Por outro lado, as adolescentes que praticam atividade com baixa intensidade, mantêm níveis mais altos de ansiedade. O grupo de meninas que acha agradável a prática de exercício físico, manifesta níveis menores de ansiedade, do que aquelas que não acham.
Gordia et al, 2010. Lapa, Paraná.	Retrospectivo com base em banco de dados secundários.	608 adolescentes (14 a 20 anos) regularmente matriculados na rede pública e particular do Ensino Médio do município da Lapa, Paraná.	Mensuração da massa corpórea e estatura para obtenção do IMC; Questionário WHOQOL-Bref para mensurar Qualidade de Vida; Questionário Internacional de Atividade Física-IPAQ; Teste para a Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool (AUDIT) para mensurar consumo de álcool; e o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa para avaliação da condição socioeconômica.	Os principais subgrupos associados ao risco de possuir percepção negativa do domínio psicológico da qualidade de vida, após a análise de regressão logística, foram compostos por adolescentes menos ativos (RC=1,90; IC95 por cento=1,16-3,10), prováveis dependentes de bebidas alcoólicas (RC=4,18; IC95 por cento=1,04-16,84), com excesso de peso (RC=1,79; IC95 por cento=1,06-3,04), adolescentes do sexo feminino (RC=2,98; IC95 por cento=2,08-4,29) e estudantes do primeiro ano do Ensino Médio (RC=2,23; IC95 por cento=1,39-3,57).
Alamian et al, 2009. Canadá	Transversal, observacional, analítico	Estudantes (10 a 15 anos) de escolas públicas canadenses.	Foram utilizados dados (n=1.747) do ciclo 4 (2000-2001) da Pesquisa National Longitudinal Survey of Children. A inatividade física foi medida usando duas perguntas fechadas adaptadas do World Health Organization Health Behavior in School-aged Children (HBSC); O comportamento Sedentário foi medido utilizando uma questão fechada do HBSC; O hábito de fumar foi medido utilizando uma questão fechada do HBSC; O consumo de álcool foi medido utilizando uma questão fechada do HBSC; Mensuração do peso corporal e estatura para cálculo do IMC; A ansiedade foi medida utilizando sete perguntas do Ontario Child Health Study; A auto-estima foi medida usando quatro itens do General Self-Scale of the Marsh Self-Description Questionnaire; O desempenho acadêmico foi avaliado por meio de uma pergunta fechada: Como você pensa estar fazendo seu trabalho na escola? Características sociais incluindo estrutura familiar.	57% destes jovens canadenses eram fisicamente inativos. 50% deles envolvidos em comportamentos sedentários, 26% nunca foram fumantes, 24% nunca foram consumidores de álcool, e 23% estavam com sobrepeso ou obesidade. Adolescentes do sexo feminino foram significativamente mais fisicamente inativas do que os do sexo masculino. Adolescentes do sexo masculino eram significativamente mais propensos a ter sobrepeso ou obesidade. 26% dos jovens tinham três ou mais fatores de risco. 30% tinham dois fatores de risco, 32% tinham um fator de risco e 12% não possuíam nenhum dos 5 fatores de risco comportamentais. A idade avançada, cuidador tabagista, relato que a maioria ou todos os seus pares fumavam ou consumiam bebida alcoólica, e viver em uma família monoparental aumentou a probabilidade de ter múltiplos fatores de risco comportamentais. Jovens com elevada autoestima e jovens de famílias com educação de nível superior eram menos propensos a ter um número maior de fatores de risco.

A análise dos artigos deste eixo temático revelou que a maior parte dos estudos se refere à relação entre a qualidade de vida e a atividade física, totalizando onze artigos <sup>(11,12,13,14,15,17,18,19,20,21,22)</sup>, sendo que todos demonstraram relação positiva entre a prática de atividade física e a qualidade de vida.

Estudo realizado com estudantes de 14 a 20 anos de idade, do município da Lapa, no Estado do Paraná <sup>(17)</sup> analisou as associações do nível de atividade física, consumo de álcool, índice de massa corporal e variáveis sociodemográficas com o domínio físico da Qualidade de Vida de adolescentes e evidenciou que os adolescentes menos ativos apresentaram mais chance de possuir domínio físico ruim quando comparados com adolescentes mais ativos.

O presente levantamento corrobora estudo <sup>(51)</sup> que analisou a relação da participação esportiva e qualidade de vida, composto de revisão de literatura e pesquisa com adolescentes de escola pública do município de Araras/SP e evidenciou íntima relação entre melhoria da qualidade de vida e prática esportiva, na visão dos adolescentes. De acordo com o estudo, o esporte durante a adolescência reafirma-se enquanto elemento facilitador na ação voltada à busca da melhoria da qualidade de vida.

Estudo <sup>(47)</sup> que analisou as associações da prática de atividades esportivas na qualidade de vida de 107 professores, 111 funcionários e 638 estudantes da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) evidenciou que, independente de sexo, idade e profissão, a atividade física acarreta melhorias na qualidade de vida em todos os aspectos.

Um estudo sobre estilo de vida e qualidade de vida de crianças e adolescentes japonesas com idade entre 9 e 10 anos <sup>(52)</sup> acompanhadas pelo período de três anos, verificou que aquelas que participavam frequentemente de atividades físicas, em comparação com as que quase nunca se exercitavam, tinham maior propensão a qualidade de vida melhor.

Assim, tanto estudos nacionais <sup>(12,15,17,18,20,22,47,51)</sup> como internacionais <sup>(11,13,14,19,21,52)</sup> apontam para a importância do incentivo da atividade física na adolescência como fator de promoção da qualidade de vida neste ciclo da vida.

Quadro 2 – Relação entre a Autopercepção de Saúde e Atividade Física.

Estudo/ Local	Tipo de Estudo	Sujeitos	Instrumentos	Resultados
Soares, 2011. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul	Quantitativo, observacional e transversal.	1048 adolescentes (15 a 17 anos) da rede pública de ensino de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul.	Questionário de elaboração própria para verificação dos objetivos dos adolescentes com a prática de atividade físico-desportiva.	Como resultado encontrou-se que os objetivos dos adolescentes com a prática de atividade físico-desportiva foram: 56% para diversão e lazer; 48,2% por preocupação com a forma do corpo; 41,6% por gostar de praticar atividades; 38% por preocupação com a saúde; 36,3% para encontrar com os amigos. Na comparação entre os gêneros, observou-se que por gostar de competir, a prática de atividade física é um objetivo que está mais associado aos adolescentes do sexo masculino que feminino.
Serrano et al, 2010. Pernambuco.	Qualitativo.	15 adolescentes obesos (10 a 19 anos) acompanhados no Ambulatório do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de abril a julho de 2007.	Entrevista semiestruturada, com quatro questões norteadoras: 1. Para você, o que é obesidade? 2. Como você se percebe como adolescente obeso? 3. O que você pensa da obesidade em relação à sua saúde? 4. Como você se cuida?	Foram identificadas quatro temáticas relacionadas com os objetivos do estudo: 1. A percepção do conceito de obesidade; 2. A obesidade afetando a autoimagem; 3. Obesidade versus Saúde e 4. O difícil retorno à saúde. Os adolescentes perceberam a obesidade como doença, repercutindo negativamente sobre sua saúde, apresentando uma baixa autoestima e a sensação de isolamento. Reconheceram que ser saudável é ter uma alimentação correta e praticar atividade física, sendo imprescindível o apoio formal e informal, sobrepujando as dificuldades para manter uma qualidade de vida satisfatória.
Marani, 2007. Londrina, Paraná.	Descritivo, transversal	92 adolescentes (média de idade 18 anos) concluintes do Ensino Médio de Londrina, Paraná.	-Questionário de percepção de hábitos saudáveis- QPHS -Questionário de atividade física- IPAQ, versão curta com inclusão de questão acerca da atividade física -Questionário da Associação Brasileira em Pesquisa de Mercados (ABIPEME) para análise do nível socioeconômico.	Os resultados obtidos indicaram uma elevada percepção sobre hábitos saudáveis (77,3%), onde uma grande proporção dos sujeitos foi classificada como ativos a muito ativos em ambos os sexos (91,4%). Entretanto, parecem existir indícios de que essas percepções possam não influenciar efetivamente comportamentos adequados relacionados à prática de atividade física. Este fato pode explicar a grande proporção de adolescentes que relataram não praticarem atividade física sistematizada (62% sexo feminino e 33,4% sexo masculino), relatando a falta de tempo (36%) e desmotivação (21,3%) como os seus principais fatores.
Loch, 2007. Santa Catarina.	Análítico transversal	516 adolescentes (14 a 19 anos) matriculados no ensino médio do Instituto Estadual da Educação de Estado de Santa Catarina- IEE/SC	Questionário testado previamente para análise da percepção de saúde e cinco comportamentos relacionados à saúde (consumo de frutas e verduras, prática de atividade física no lazer, tabagismo, consumo abusivo de álcool e consumo de outras drogas).	A maior parte dos adolescentes (80%) referiu percepção positiva de saúde (excelente ou boa), sendo essa proporção maior entre os rapazes (86,1%) do que entre as moças (75,3%). Entre os rapazes, observou-se que a percepção de saúde se mostrou associada ao consumo abusivo de álcool, sendo que maior proporção de percepção positiva foi encontrada entre aqueles classificados como consumidores abusivos de álcool. Já entre as adolescentes, constatou-se associação significativa da percepção de saúde com o consumo de frutas e verduras e a prática de atividade física no lazer, sendo que maior proporção de percepção positiva foi encontrada entre aquelas adolescentes com comportamentos positivos nessas variáveis. O tabagismo e o consumo de outras drogas não foram associados à percepção de saúde em nenhum dos gêneros.

Moreno-Murcia et al, 2011. Espanha.	Descritivo transversal	472 estudantes (16 a 20 anos) de escolas de uma grande cidade da Espanha.	Questionário adaptado para o espanhol do Perfil de Autopercepção Física para medir a percepção de competência esportiva e atratividade corporal. Versão espanhola do Habitual Physical Activity Questionnaire para medir atividade física habitual dos participantes; Versão espanhola do <i>Intention to be Physically Active</i> para medir a intenção de ser fisicamente ativo. Avaliação do consumo de álcool e tabaco nos últimos 30 dias	A percepção de competência desportiva correlacionava positivamente com a atividade física atual. A percepção de atratividade corporal correlacionava positivamente com a atividade física nos meninos e negativamente com as meninas. A atividade física atual correlacionava positivamente com a intenção de ser fisicamente ativo no futuro e negativamente com o consumo de álcool e tabaco. Esta última relação só foi significativa para adolescentes do sexo masculino.
Pastor, 2006. Valência, Espanha.	Exploratório	1038 estudantes (15 a 18 anos) do ensino secundário da Comunidade Valenciana.	Para avaliar o estilo de vida foi utilizado o Inventário de condutas de saúde em escolares adaptado para o espanhol Para avaliar o autoconceito utilizou-se adaptação espanhola do Perfil de autopercepções para adolescentes de Harter. (conduta, aceitação social, amizade, competência acadêmica, aparência física, e Competência desportiva.)	Em ambos os sexos, a adequação da conduta, a aceitação social e a amizade são os melhores preditores das condutas de risco para a saúde. A competência desportiva demonstrou exercer uma influência indireta sobre as condutas de saúde, atuando a participação desportiva como variável mediadora nesta relação.
Page et al, 2009. Europa Central e Oriental.	Transversal	3.123 alunos (idade média de 16 anos) de 34 escolas secundárias em toda Europa Central e Oriental	Questionários de autopercepção de saúde (Um item: Quanto saudável você diria que você é? Muito saudável, Saudável, não saudável); Funcionamento psicossocial: solidão (Loneliness Scale R-UCLA), desesperança (Beck Hopelessness Sale), timidez (Cheek and Buss Shyness Scale), percepção de status social (Mac Arthur Scale), autoavaliação da felicidade (OMS Collaborative study instrument), e a percepção de atratividade física (Uma pergunta); e outras dimensões de saúde do adolescente: altura / peso, atividade física (US Center for Disease Control and Preventions Youth Risk Behavior Survey 21); Os autores acrescentaram itens sobre hábitos de dormir e tomar café da manhã desenvolvido pelos pesquisadores	Mais adolescentes do sexo feminino (19,4%) quando comparadas aos do sexo masculino (11,3%) se classificaram como "não saudável". Em cada país, os meninos eram mais propensos do que as meninas para avaliar sua saúde como "muito saudável" do que as meninas. A auto-avaliação da saúde apareceu mais elevada entre os alunos tchecos, poloneses, eslovacos, romenos do que entre os estudantes húngaros e ucranianos. Preditores significativos da autopercepção de saúde no modelo de regressão logística foram: sexo, país de residência, a desesperança, a timidez, subjetiva status social da sociedade, autoavaliação da felicidade, a percepção de atratividade física, atividade física vigorosa, tomando café da manhã, sobrepeso, e, geralmente, obtêm 7-8 horas ou mais de sono por noite.

Foram encontrados sete artigos <sup>(23,24,25,26,27,29,30)</sup> que fizeram correlação entre a atividade física e autopercepção de saúde. Todos eles identificaram a prática de atividade física como fator que influencia positivamente a autopercepção de saúde.

Estudo descritivo <sup>(24)</sup> realizado com 92 escolares da rede pública de Londrina, Paraná, cujo objetivo era estabelecer associação entre percepções de hábitos saudáveis e de prática de atividade física em adolescentes, obteve como resultado elevada percepção sobre hábitos saudáveis e grande proporção de adolescentes classificados como ativos a muito ativos. Também revelou que adolescentes do sexo masculino apresentaram maior proporção na classificação de muito ativo em relação ao sexo feminino. Os adolescentes indicaram a falta de tempo, desmotivação e a falta de lugares para a realização de atividades físicas como os principais fatores que impedem a prática da atividade física.

Estudo <sup>(23)</sup> com delineamento analítico transversal realizado em Florianópolis, Santa Catarina, com 516 adolescentes escolares entre faixa etária de 14 a 19 anos teve como objetivo verificar as possíveis associações entre a percepção de saúde e determinados comportamentos relacionados à saúde. Tal estudo constatou que entre as moças, houve associação positiva significativa da percepção de saúde com o consumo de frutas e verduras e a prática de atividade física no lazer.

Outro estudo <sup>(53)</sup> do Sul do Brasil na cidade de Pelotas, RS avaliou o conhecimento de 1233 adolescentes escolares sobre atividade física e sua associação com fatores socioeconômicos, demográficos, comportamental, nutricional e de saúde. Encontrou que as adolescentes do sexo feminino, fisicamente ativas, são as que apresentam melhor percepção de saúde e também que quanto melhor a autopercepção de saúde maior o nível de conhecimento sobre atividades físicas entre as meninas. Mais de 60% dos adolescentes associaram corretamente a atividade física como fator de prevenção de doenças como hipertensão, hipercolesterolemia, osteoporose e depressão.

Nessa perspectiva, um artigo de revisão sistemática <sup>(54)</sup>, elaborado com objetivo de sintetizar as evidências disponíveis quanto à associação entre a prática de atividades físicas e percepção de saúde de adolescentes, demonstrou evidência de associação direta entre a prática de atividades físicas e percepção de saúde mais positiva, em 14 dos 16 estudos por ele analisados.

Um estudo longitudinal finlandês <sup>(55)</sup> que analisou a associação entre atividade física de lazer e comportamentos relacionados com a saúde, realizado com

adolescentes gêmeos em todo o país, também verificou associação direta de inatividade física com autopercepção de saúde baixa.

Deste modo tanto estudos nacionais <sup>(23,24,29,30,53,54)</sup> como internacionais <sup>(25,26,27,55)</sup> corroboram o presente levantamento e apontam a atividade física na adolescência como fator importante para a promoção de comportamentos relacionados à saúde assim como sobre a autopercepção da saúde.

Quadro 3 – Relação entre Qualidade de Vida, Auto percepção de Saúde e Atividade Física.

Estudo/ Local	Tipo de Estudo	Sujeitos	Instrumentos	Resultados
Rodríguez et al, 2006. San Sebastián e Vitória Gasteiz, Espanha.	Prospectivo	539 estudantes (12 a 23 anos) de institutos de educação secundária e universitária de San Sebastián e de Vitoria-Gasteiz	Questionário de Autoconceito Físico (CAF) com 36 itens distribuídos em subescalas específicas de autoconceito físico: Atrativo Físico, Habilidade Física, Condição Física, Força, Autoconceito Físico Geral e Autoconceito Geral; Questionário sobre Hábitos de Vida a partir do Inventário de Condutas de Saúde de Escolares com 84 perguntas destinadas a avaliar o estilo de vida dos adolescentes: frequência e intensidade de esporte praticado, o consumo de tabaco e álcool, tipo de alimentação e nível subjetivo de saúde; Escala de Bem estar Psicológico (EBP): Bem estar Psicológico Subjetivo; Bem estar Material (percepção subjetiva que tem o sujeito de sua situação econômica).	As pontuações nas distintas subescalas do CAF sempre são mais altas nos sujeitos que realizam atividades físico-desportivas, como também para os que praticam atividades físico-esportivas com regularidade; Os não fumantes (N=307; 57%) tiveram melhores índices que os fumantes (N=153; 43%) em todas as subescalas do CAF; As diferenças em autoconceito favorecem o grupo que "não bebe" (N=291; 54%) frente o grupo que "bebe" (N=248; 46%); Em todos os casos, o autoconceito mais alto para o grupo que acredita alimentar-se melhor que as pessoas da sua idade, do que o grupo que acredita que sua alimentação é igual, e nível mais baixo para o grupo que acredita alimentar-se pior que as pessoas da sua idade; Para saúde subjetiva os resultados mostraram que autoconceito físico apresenta índices superiores para os que consideram sua saúde muito boa, seguido dos que consideram sua saúde boa, e índices menores para os que consideram sua saúde nada boa; Em todos os casos os índices de correlação são altamente significativos ( $p < 0,001$ ) entre todas e cada uma das subescalas do CAF e das subescalas do EBP. Significando que as pontuações altas e baixas no autoconceito físico, medido no CAF, correlacionam com as pontuações altas e baixas tanto no bem estar psicológico subjetivo como no bem estar psicológico material.
Contreras, 2010. Espanha	Descritivo, transversal.	400 sujeitos espanhóis na faixa etária de 12 a 17 anos do Instituto de Educação Secundária Doutor Alarcón Santón	Questionário de Autoconceito Físico (Goñi, Ruiz de Azúa e Liberal, 2004) com 36 itens distribuídos em subescalas específicas de autoconceito físico: Atrativo Físico, Habilidade Física, Condição Física, Força, Autoconceito Físico Geral e Autoconceito Geral; Questionário sobre Intensidade da Motivação para o Esporte (Cecchini, Echevarría, e Méndez, 2003).	Os adolescentes que praticavam habitualmente algum esporte (pelo menos uma vez por semana) tinham percepções superiores de autoconceito, tanto geral como físico, em comparação aos que não eram praticantes habituais. Os praticantes apresentaram pontuações mais altas em todas as escalas do CAF. Também se encontrou que a frequência com que se praticava o esporte, a duração da prática, os anos de dedicação, a satisfação e o gosto pela prática desportiva se relacionava positivamente com o autoconceito físico e geral.

Vale destacar os estudos espanhóis <sup>(16,28)</sup> sobre as associações entre o autoconceito físico e estilos de vida <sup>(28)</sup> e a prática desportiva na adolescência <sup>(16)</sup>. Para análise do Autoconceito físico os dois estudos utilizaram o Questionário de Autoconceito físico <sup>(56)</sup> que engloba seis dimensões: atrativo físico, habilidade física, condição física, força, Autoconceito Físico Geral e Autoconceito Geral. Através dessas dimensões do Autoconceito físico em associação ao estilo de vida e a prática desportiva é possível estabelecer relação entre os três eixos temáticos da presente revisão, fazendo referência à qualidade de vida, a autopercepção de saúde e a atividade física.

Estudo realizado em duas cidades da Espanha, San Sebastián e Vitoria-Gasteiz <sup>(28)</sup>, teve como objetivo identificar as relações entre autoconceito físico, bem estar psicológico e estilos de vida saudáveis (saúde subjetiva, alimentação, consumo de álcool e de tabaco e atividade física). Foram utilizados como instrumentos: o Questionário de Autoconceito Físico; o Questionário sobre Hábitos de Vida a partir do Inventário de condutas de saúde de escolares (frequência e intensidade do esporte praticado, o consumo de álcool e tabaco, tipo de alimentação e nível subjetivo de saúde); e a Escala de Bem Estar Psicológico (bem estar psicológico subjetivo e bem estar material). Como resultado encontrou que as pontuações nas subescalas do Autoconceito físico foram mais altas nos sujeitos que realizam atividades físico-desportivas em comparação com os que não praticam. As pontuações também foram mais altas para os indivíduos que realizam atividades físico-desportivas com regularidade. O estudo também evidenciou relação positiva entre o autoconceito físico e o bem estar psicológico subjetivo e material. Para saúde subjetiva os resultados mostraram que autoconceito físico apresentou índices superiores para os que consideraram sua saúde muito boa, seguido dos que consideraram sua saúde boa, e índices menores para os que consideraram sua saúde nada boa.

Já o estudo realizado com alunos do Instituto de Educação Secundária Doutor Alarcón Santón em La Roda, Espanha <sup>(16)</sup> utilizou Questionário de Autoconceito Físico e Questionário sobre Intensidade da Motivação para o Esporte a fim de estudar a relação entre o autoconceito físico e a prática de atividade física em adolescentes. O estudo demonstrou, por meio dos índices obtidos, correlação positiva entre as variáveis estudadas. Os adolescentes que praticavam habitualmente algum esporte (pelo menos uma vez por semana) tinham percepções

superiores de autoconceito, tanto geral como físico, em comparação com os que não eram praticantes habituais. Os praticantes apresentaram pontuações mais altas em todas as escalas do Questionário de Autoconceito físico (CAF). Adicionalmente, encontrou-se que a frequência da prática desportiva, a duração da prática, os anos de dedicação, a satisfação e o gosto pela prática desportiva se relacionava positivamente com o autoconceito geral e físico.

Deste modo, os resultados corroboram outro estudo espanhol, <sup>(57)</sup> realizado com adolescentes do sexo feminino na cidade de Guipúzcoa. A fim de analisar o autoconceito físico e a satisfação corporal em função do tipo de esporte praticado, utilizaram dois questionários para medir autoconceito físico: AFI (Autokontzeptu Fisikoaren Itaunketa) e AF5 (Autoconcepto Forma 5, García y Musitu, 2001) e um questionário sobre distúrbio alimentar: EDI-2 (Eating Disorder Inventory, Garner, 1998). Neste estudo observou-se que a prática de alguma atividade desportiva tem efeitos benéficos, sendo que o grupo que não pratica qualquer tipo de esporte obteve resultados inferiores nas subescalas analisadas (habilidade desportiva, condição física e autoconceito físico).

Baseado na análise destes estudos <sup>(16,28,57)</sup> é possível destacar a importância do incentivo da prática de atividade física na adolescência, uma vez que a atividade física aparece como aspecto positivo das dimensões do autoconceito físico, que tem relação direta com estilos de vida saudáveis (que inclui atividade física e nível subjetivo de saúde) e bem estar psicológico, e desta forma contribuir para a percepção de saúde e qualidade de vida dos adolescentes.

Vale destacar que a maior parte dos estudos utilizou como instrumento para obtenção dos dados apenas questionários, que é uma medida subjetiva que expressa a opinião do sujeito, e desta forma as respostas podem ser influenciadas pela sua opinião, desvalorizando comportamentos indesejáveis, assim como a possibilidade de valorização dos comportamentos considerados positivos. Além disso, o delineamento transversal utilizado na grande maioria dos estudos não permite inferir relações de causa-efeito.

Apesar das limitações, o presente estudo pode apresentar um avanço para o conhecimento científico, tendo em vista a importância da informação de qualidade para fundamentar a intervenção com adolescentes, uma vez que se verifica pequeno número de produção científica nacional que reúna abordagem dos construtos

qualidade de vida e autopercepção de saúde em relação à atividade física na adolescência.

Um aspecto importante a destacar é que não foram encontrados estudos nacionais sobre a relação entre estes três eixos temáticos na fase da adolescência. Assim, este artigo pode fornecer compilação de dados e estudos aos profissionais de saúde e educação para consubstanciar projetos de intervenção e elicitare pensamentos e ações na área de promoção de saúde.

O presente artigo também contribui para aprofundar o conhecimento sobre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes, pois reúne informações relevantes e de boa qualidade sobre o assunto. Desta forma, permite a identificação dos fatores que influenciam a presença de hábitos benéficos na fase da adolescência, sendo de extrema necessidade para o desenvolvimento de políticas públicas e programas de intervenção que ajudem na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde neste ciclo da vida e, por conseguinte nas fases adulta e idosa.

### **3.6 CONCLUSÃO**

Foi observada a carência de trabalhos que abordem os três eixos temáticos, qualidade de vida, autopercepção de saúde e a atividade física no período do ciclo de vida da adolescência.

Da análise dos artigos compreendidos nesta pesquisa, verificou-se que há relação positiva entre a prática de atividade física e benefícios para a qualidade de vida e a autopercepção de saúde no período da adolescência. Desta forma destaca-se a importância do incentivo à prática de atividade física na adolescência como fator de promoção da qualidade de vida como também a autopercepção de saúde. Tornam-se, portanto, de extrema necessidade o desenvolvimento de políticas públicas e programas de intervenção de valorização e promoção da atividade física como ferramenta útil para melhor qualidade de vida e promoção da saúde na adolescência.

### 3.7 REFERÊNCIAS

1. PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Revista de Nutrição**, v.17, n.4, p.523-33, 2004.
2. CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.3, p.669-78, 2004.
3. BOCCALETTO, E. M. A; MENDES, R. T. Alimentação, Atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares do Município de Vinhedo/SP. 1ªed. Campinas, IED Editora. 2009.
4. BORGES, A.; MATOS, M. G.; DINIZ, J. A. Estatuto familiar e autopercepção de saúde nos adolescentes. **Temas em Psicologia**, vol.19, n.2, p. 347–60, 2011.
5. MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.
6. SZWARCOWALD, C. L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.1: p.54-64, 2005.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2006. **Ministério da Saúde**. Brasília, 2009.
8. SOUSA, T. F. *et al.* Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.28, n.4, p. 333-9, 2010.
9. ARAÚJO, D. S. M. S.; ARAÚJO, C. G. S. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.6, n.5, p. 194-203, 2000.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO Press, 2010. [Acesso em: 30 nov. 2012]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
11. ALAMIAN, A.; PARADIS, G. Correlates of Multiple Chronic Disease Behavioral Risk Factors in Canadian Children and Adolescents. **American Journal of Epidemiology**, v.170, n.10, p.1279–89, 2009.

12. BUENO, C. O.; STRELHOW, M. R. W.; CÂMARA, S. G. Inserção em grupos formais e qualidade de vida entre adolescentes. **Psico-USF**, v.15, n.3, p.311-20, 2010.
13. CAMARGO, D. M.; OROZCO, L. C.; VILLABONA, E. Factores asociados a la calidad de vida en adolescentes de Bucaramanga. **Salud UIS**, v.41, n.1, p.33-42, 2009.
14. CANDEL C. N.; OLMEDILLA Z. A.; BLAS R. A. Relaciones entre la práctica de actividad física y el autoconcepto, la ansiedad y la depresión en chicas adolescentes. **Cuadernos de Psicología del Deporte**, v.8, n.1, p.61-77, 2008.
15. CATTAL, G. B. P. *et al.* Programa de tratamento multiprofissional da obesidade: Os desafios da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.121-6, 2008.
16. CONTRERAS, O. R. *et al.* El autoconcepto físico y su relación con la práctica deportiva en estudiantes adolescentes. **Revista de Psicología del Deporte**, v.19, n.1, p.23-39, 2010.
17. GORDIA, A. P. *et al.* Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. **Revista de salud pública**, v.11, n.1, p.50-61, 2009.
18. GORDIA, A. P. *et al.* Variáveis comportamentais e sociodemográficas estão associadas ao domínio psicológico da qualidade de vida de adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v.28, n.1, p.29-35, 2010.
19. GUILLÉN G. F.; RAMÍREZ G. M. Relación entre el autoconcepto y la condición física en alumnos del Tercer Ciclo de Primaria. **Revista de Psicología del deporte**, v.20, n.1, p.45-59, 2010.
20. HALLAL, P. C. *et al.* Well-being in adolescents: the 11-year follow-up of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.10, p.1887-94, 2010.
21. HIDALGO- RASMUSSEN, C. A. *et al.* Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.67-77, 2011.
22. INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.21, n.2, p.282-95, 2011.

23. LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.6, n.2, p.377-83, 2007.
24. MARANI, F.; OLIVEIRA, A. R.; GUEDES, D. P. Indicadores comportamentais associados à prática de atividade física e saúde em escolares do ensino médio. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.2, p.39-46, 2007.
25. MORENO-MURCIA, J. A. et al. Influence of Perceived Sport Competence and Body Attractiveness on Physical Activity and other Healthy Lifestyle Habits in Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, v.14, n.1, p.282-92, 2011.
26. PAGE, R. M. et al. Self-rated health, psychosocial functioning, and other dimensions of adolescent health in Central and Eastern European adolescents. **European Journal of Psychiatry**, v.23, n.2, p.101-14, 2009.
27. PASTOR, Y. I. B.; GARCÍA-MERITA, M. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. **Psicothema**, v.18, n.1, p.18-24, 2006.
28. RODRÍGUEZ, A.; GOÑI, A.; RUIZ DE AZÚA, S. Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. **Intervención Psicosocial**, v.15, n.1, p.81-94, 2006.
29. SERRANO, S. Q. et al. Percepção do adolescente obeso sobre as repercussões da obesidade em sua saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.1, p.25-31, 2010.
30. SOARES, M. M. et al. Estudo Epidemiológico Sobre os objetivos dos Adolescentes com a Prática de Atividade Físico-Desportiva. **Rev Bras Med Esporte**, v.17, n.2, p.88-91, 2011.
31. WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v.41, n.10, p.1403-9, 1995. [Acesso em: 24 out.2012]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
32. DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, vol.11, n.4, p.532-8, 2003.
33. COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1101-9, 2007.

34. CARNEIRO, R. S. *et al.* Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.20, n.2, p.229-37, 2007.
35. MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento Científico: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.
36. KASMEL, A. *et al.* Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. **European Journal of Public Health**, v.14, n.1, p.32-6, 2004.
37. ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n.5/6, p.333-41, 2005.
38. GLANER, M. F. Nível de Atividade Física e Aptidão Física Relacionada à Saúde em Rapazes Rurais e Urbanos. **Revista Paulista de Educação Física**, v.16, n.1, p.76-85, 2002.
39. GUEDES, D. P. *et al.* Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v.7, n.6, p.187-99, 2001.
40. ACSM Position Stand: The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Med Sci Sports Exerc**, v.30, n.1, p. 975-91, 1998.
41. BARRETO, S. M. *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.1, p.41-68, 2005.
42. FLETCHER, G. F. Statement on exercise: benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans – A statement for health professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. **Circulation**, v.94, n.1, p.857-62, 1996.
43. HALLAL, P. C. *et al.* Adolescent Physical Activity and Health A Systematic Review. **Sports Med**, v.36, n.12, p.1019-30, 2006.
44. MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R. Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. **Rev. Bras. Ciênc. Mov.**, v.6, n.4, p.19-30, 1992.
45. MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, v.7, n.1, p. 2-13, 2001.

46. NÓBREGA, A. C. L. *et al.* Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: Atividade Física e Saúde no Idoso. **Rev Bras Med Esporte**, v.5, n.6, p.207-11, 1999.
47. SILVA, R. S. *et al.* Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.115-20, 2010.
48. WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W., BREDIN S. S. D. Health benefits of physical activity: the evidence. **CMAJ**, v.174, n.6, p.801-9, 2006.
49. TASSITANO, R. M. *et al.* Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.9, n.1: p.55-60, 2007.
50. VIEIRA, V. C. R.; PRIORE, S. E.; FISBERG, M. A atividade física na adolescência. **Adolesc. Latinoam.**, v.3, n.1, p.0-0, 2002.
51. DE GÁSPARI, J. C.; SCHWARTZ, G. M. Adolescência, Esporte e Qualidade de Vida. **Motriz**, v.7, n.2, p.107-13, 2001.
52. CHEN, X. *et al.* Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study. **Child: Care, Health and Development**, v.31, n.4, p.433–9, 2005.
53. SILVEIRA, E. F.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre atividade física dos estudantes de uma cidade do sul do Brasil. **Motriz. Revista de Educação Física**, Rio Claro, v.17 n.3, p.456-67, 2011.
54. VANCEA, L. A. *et al.* Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.3, p.246-54, 2011.
55. AARNIO, M. *et al.* Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of Finnish adolescent twins. *British Journal of Sports Medicine*, v.36,n.1, p.360-4, 2002.
56. GOÑI, A.; RUIZ DE AZÚA, S.; LIBERAL, A. El autoconcepto físico y su media. Las propiedades psicométricas de un nuevo cuestionario. **Revista de Psicología del Deporte**, v.13, n.2, p.195-213, 2004.
57. ETXANIZ, I. E. Autoconcepto físico y satisfacción corporal en mujeres adolescentes según el tipo de deporte practicado. **Apunts: Educación Física y Deportes**, v. 80, n.1, p. 5-12, 2005.

## 4. ARTIGO 2

### **Qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física: análise da associação em adolescentes de 15 a 18 anos.**

Ledsônia Gomes Santana de Sousa, Stela Maris Aguiar Lemos

#### 4.1 RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar a associação entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu por meio de estudo observacional, analítico e transversal com amostra aleatória estratificada por escola composta por 334 adolescentes de ambos os sexos com idade entre 15 e 18 anos estudantes do ensino médio das escolas de financiamento público e privado da área urbana do município. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários de caracterização dos sujeitos, autopercepção de saúde, qualidade de vida (PedsQL Versão 4.0) e atividade física (IPAQ Forma Curta).

Dos resultados obtidos destaca-se que maioria dos adolescentes avaliou sua saúde como boa e a nota média atribuída à saúde foi 7. A média da qualidade de vida dos adolescentes foi 0,432. Os melhores valores foram atribuídos ao domínio social e físico e o pior resultado para o emocional. O sexo feminino apresentou-se como grupo mais vulnerável para a maioria dos aspectos da qualidade de vida, para autopercepção de saúde e para nível de atividade física. A atividade física não apresentou associação com significância estatística com a qualidade de vida e a autopercepção de saúde para a amostra estudada.

O presente estudo contribui para o avanço da discussão na área da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população ainda em idades precoces.

**Descritores:** Qualidade de vida, Autoimagem, Atividade motora, Adolescente, Promoção da Saúde, Saúde do Adolescente.

## ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze the association between quality of life, self-perception of health and physical activity of adolescents in the municipality of Manhuaçu. This aim was achieved through an observational analytical cross-sectional study with random sampling stratified by school and composed of 334 male and female adolescents aged between 15 and 18 years, all high school students from the public and private schools in the urban area of the municipality. The data were collected using questionnaires for subjects' profile, self-perception of health, quality of life (PedsQL Version 4.0) and physical activity (short-version IPAQ).

Most adolescents evaluated their health as "good" and the mean score given to this item was 7. The mean for the adolescents' quality of life score was 0.432. The highest scores were assigned to the social and physical domains, while the worst results were found in the emotional domain. The female students constituted the more vulnerable group in most aspects of quality of life, self-perception of health and level of physical activity. Physical activity showed no statistically significant association with quality of life and self-perception of health for the study sample.

The present study contributes to advance the discussion in the field of health promotion with a view to improving the quality of life of the population from an early age.

**Key words:** Quality of Life, Self-Concept, Motor Activity, Adolescent, Health Promotion, Adolescent Health

## 4.2 INTRODUÇÃO

A atividade física pode ser definida como qualquer movimento corporal realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia, incluindo todas as atividades realizadas diariamente no trabalho, no lazer e nas demais atividades, havendo componentes e determinantes de ordem biopsicossocial, cultural e comportamental, tais como jogos, lutas, danças, esportes, exercícios físicos, atividades laborais e deslocamentos (CASPERSEN et al, 1985; GLANER, 2002; GUEDES e GUEDES, 1995; MATSUDO et al, 2001a; PITANGA, 2002; RAHAL et al, 2007; SEABRA et al, 2008; SHIMITT e GONÇALVES, 2007).

A atividade física faz parte da história da humanidade desde épocas remotas. No período pré-histórico a sobrevivência do homem dependia de sua força, velocidade e resistência, em seu modo de vida eram constantes caminhadas, lutas, corridas, saltos, sendo extremamente ativos fisicamente (PITANGA, 2002).

Entretanto, nos últimos anos, fatores psicológicos, biológicos, culturais, ambientais, sociais e econômicos tem ocasionado grande redução do nível da atividade física, contribuindo para isto o avanço dos recursos tecnológicos, diminuição de condições urbanas disponíveis para o lazer e atividade física, entre outros (SILVA et al, 2012).

Não obstante, reconhece-se cada vez mais a relação da atividade física com a saúde, por seus efeitos benéficos, proteção contra riscos à saúde e ação na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, sendo que o fomento da atividade física pode ser considerado uma das ações mais importantes de promoção da saúde no nível individual (PALMA, 2000; MARCONDELLI, 2008; MALTA, 2009; BUSS e CRUZ, 2009).

Diante das mudanças do perfil epidemiológico das últimas décadas com predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, a atividade física tem se destacado como área importante de investigação uma vez que apresenta relação inversa com doenças degenerativas (SILVA e MALINA, 2000), representando benefícios para a prevenção de doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras (PALMA, 2000). Além disso, a prática regular de atividade física apresenta efeito positivo na qualidade de vida e em variáveis psicológicas (OEHLSCHAEGGER et al, 2004). Nesta perspectiva, a promoção da atividade física

destaca-se como uma das possibilidades de promoção de melhores níveis de saúde (COSTA et al, 2012).

Neste sentido, organizações internacionais (ACMS and American Heart Association, 2007; International Federation of Sports Medicine, 1990; WHO, 2002, 2004, 2005, 2010) tem destacado a atividade física como aspecto importante para promoção da saúde individual e coletiva.

No ano de 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou a Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, incluindo a atividade física na agenda mundial de saúde pública (HALLAL, 2007) e recomenda que os indivíduos adotem níveis adequados de atividade física durante toda a vida (BARRETO et al, 2005; WHO, 2004).

Em 2006, o Ministério da Saúde brasileiro anunciou a Política Nacional de Promoção da Saúde na qual prevê entre outras, ações ligadas à área de atividade física implantadas na rede básica de saúde e na comunidade. Nesta perspectiva, foram criados programas de promoção de atividade física tais como: Agita São Paulo e Programa de Educação e Saúde por meio do Exercício Físico e do Esporte (BRASIL/MS, 2006; MORETTI, 2009).

Decorrente destes acontecimentos observa-se nas últimas décadas rápido crescimento da literatura internacional relacionada à epidemiologia da atividade física (HALLAL, 2007). Especificamente os adolescentes tem despertado interesse de estudiosos em todo o mundo, tendo em vista que apresentam altos índices de comportamentos de risco, como o decréscimo do hábito regular de atividade física, hábitos alimentares irregulares e transtornos psicológicos (OEHLSCHLAEGGER et al, 2004). Além disso, é cada vez maior o número de adolescentes inativos ou sedentários (SEABRA et al, 2008).

A inatividade física entre adolescentes é associada principalmente ao aumento do sobrepeso e obesidade constituindo-se em fator de risco para doenças crônicas degenerativas e conseqüentemente um problema de saúde pública. Em adendo, além dos prejuízos decorrentes da inatividade física durante a infância e adolescência, aumentam as possibilidades de se tornar um adulto inativo (SILVA et al, 2012). Acrescenta-se que apesar da maior parte das doenças relacionadas ao sedentarismo manifestar-se apenas na idade adulta, podem ter seu início na infância e adolescência (HALLAL et al, 2006).

Vale considerar que a atividade física na adolescência beneficia a saúde esquelética, controle da pressão sanguínea e da obesidade (TASSITANO, 2007), além de vários benefícios à saúde física e mental. Portanto, torna-se imperativo estabelecer estratégias e programas de promoção à atividade física nesta fase a fim de incentivar estilos de vida ativos e saudáveis contribuindo para melhorar a qualidade de vida de adolescentes (SEABRA et al, 2008).

Portanto, em função da importância destas premissas, desenvolveu-se o presente estudo com objetivo de verificar a associação entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e nível de atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

### **4.3 MÉTODOS**

Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal com amostra aleatória estratificada por escola composta por 334 alunos do ensino médio das escolas de financiamento público e privado da área urbana do município de Manhuaçu, Minas Gerais, com idades entre 15 e 18 anos 11 meses e 29 dias, dos sexos feminino e masculino.

A pesquisa foi realizada em sete escolas da área urbana do município que possuem ensino médio, sendo quatro da rede pública e três da rede privada. Tendo em vista que a direção de uma escola da rede privada não autorizou a realização da pesquisa houve realocação da amostra para as demais escolas

Foram incluídos na pesquisa os estudantes na faixa etária de 15 a 18 anos que concordaram em participar e tiveram o termo de consentimento livre e esclarecido assinado por eles e pelos responsáveis, no caso dos adolescentes com até 17 anos, 11 meses e 29 dias. Os adolescentes de 18 anos assinaram sozinhos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Para caracterização do adolescente utilizou-se questionário contendo o sexo, escola, endereço, série em curso, número de irmãos e escolaridade dos pais.

Para avaliação da autopercepção de saúde, foi utilizado questionário, adaptado pelas pesquisadoras, baseado em Garbin (2009) e Mathias (2007), compreendendo nota de 0 a 10 para a própria saúde.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se questionário de qualidade de vida (PedsQL versão 4.0), composto por 23 perguntas, cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa (KLATCHOIAN, 2008).

Para análise do nível de atividade física dos adolescentes, foi utilizado o Questionário internacional de atividade física (IPAQ forma curta), proposto pela Organização Mundial de Saúde, e que tem como objetivo servir como um instrumento mundial para determinar o nível de atividade física em estudos populacionais, validado no Brasil pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (MATSUDO et al, 2001b).

Os dados foram coletados nas próprias escolas, concomitantemente com alunos de cada sala, no horário de aula, sendo que, em dia anterior, foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para autorização dos responsáveis legais dos menores de 18 anos e para os próprios alunos com até 18 anos 11 meses e 29 dias. Depois de coletadas as autorizações e consentimentos, foram aplicados os instrumentos de pesquisa.

A qualidade de vida foi computada por meio de análise dos 23 itens do questionário os quais são divididos em quatro domínios (Físico, Emocional, Social e Escolar) além de análise da subárea Psicossocial (média das subáreas emocional, social e escolar) e qualidade de vida total. Para cada domínio foi criado um indicador que resume os resultados das questões que o compõe. Os indicadores foram transformados para variar entre -1 e 1, sendo que nunca = 1; quase nunca = 0,5; algumas vezes = 0; muitas vezes = -0,5; quase sempre = -1. Portanto, respostas negativas indicam má qualidade de vida, enquanto que respostas positivas indicam boa qualidade de vida.

Para análise da autopercepção da saúde foi utilizada a nota de 0 a 10.

Para as análises do índice de atividade física foi realizada classificação em ativo e sedentário baseada em recomendações atuais de níveis de atividade física, considerando ativos os adolescentes que praticam pelo menos 300 minutos de atividade física por semana (SOUZA, 2011).

Para comparar estatisticamente os indicadores da qualidade de vida e a nota para a autopercepção da saúde entre sexo, tipo de escola e nível de atividade física foi utilizado o teste de Mann-Whitney (HOLLANDER e WOLFE, 1999). Já para comparar indicadores da qualidade de vida e a nota para a autopercepção da saúde entre a idade dos estudantes, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER e

WOLFE, 1999), sendo que para as comparações múltiplas pós-teste Kruskal-Wallis, foi utilizado o teste de Nemenyi (ZAR, 1999). Para verificar a relação do nível de atividade física entre sexo, idade e tipo de escola foi utilizado o teste Qui-Quadrado (AGRESTI, 2002). As magnitudes das associações entre a variável dependente e os fatores de interesse foram estimadas usando-se o odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%). O nível de significância adotado no trabalho foi de 5%. O software utilizado na análise foi o R versão 2.15.2.

### **3.4 RESULTADOS**

#### **Caracterização da amostra**

Foram avaliados 334 alunos, sendo que as características da amostra indicando sexo, escola, série e escolaridade dos pais estão descritas na tabela 1. Encontrou-se que a maior parte dos estudantes era do sexo feminino, sendo que do total da amostra 42,8% dos estudantes eram da escola C, seguido por 26,9% da escola B. Verificou-se que 38% dos estudantes eram do 1º ano do Ensino Médio, seguido de 31,9% do 2º ano e 30,1% do 3º ano. Quanto à escolaridade dos pais observou-se que 51,8% dos pais tinham o Ensino Fundamental completo ou incompleto, seguido de 31,3% com Ensino Médio Completo e Incompleto, enquanto que 47,4% das mães tinham o Ensino Fundamental completo ou incompleto, seguido de 34,7% com Ensino Médio Completo e Incompleto.

**Tabela 1 - Tabela de Frequência para Sexo, Escola, Série, Escolaridade do Pai e da Mãe.**

	Variável	N	%
Sexo	Feminino	193	57,8
	Masculino	141	42,2
	Total	334	100,0
Escola	E	19	5,7
	G	16	4,8
	F	16	4,8
	D	34	10,2
	B	90	26,9
	C	143	42,8
	A	16	4,8
	Total	334	100,0
Série	1º Ensino Médio	125	38,0
	2º Ensino Médio	105	31,9
	3º Ensino Médio	99	30,1
	Total	329	100,0
Escolaridade do Pai	Ensino Fundamental	144	51,8
	Ensino Médio	87	31,3
	Ensino Superior	35	12,6
	Pós Graduação	12	4,3
	Total	278	100,0
Escolaridade da Mãe	Ensino Fundamental	130	47,4
	Ensino Médio	95	34,7
	Ensino Superior	44	16,1
	Pós Graduação	5	1,8
	Total	274	100,0

Em relação à caracterização da amostra quanto à Idade, Renda Familiar e Número de irmãos dos alunos verificou-se que a média de idade dos estudantes foi de 16 anos, com desvio padrão de 1 ano. A média da Renda Familiar dos estudantes foi de 4 salários, com desvio de 6 salários, com um mínimo de 0,5 salário e máximo de 64 salários. A média do número de irmãos foi de 1 irmão com mínimo de 0 e máximo de 16.

### **Autopercepção de Saúde**

Com respeito à autopercepção da saúde, os estudantes avaliaram que sua saúde se encontra muito boa em 33,2% dos casos, e boa em 50,3% dos casos. Cabe ressaltar que nenhum estudante avaliou sua saúde como muito ruim.

**Tabela 2 - Tabela de Frequência para Percepção da Saúde**

Variável	N	%	
Você diria que sua saúde é:	Muito Boa	111	33,2
	Boa	168	50,3
	Razoável	51	15,3
	Ruim	4	1,2
	Muito Ruim	0	0,0
	Total	334	100,0

Com relação à nota dada para a própria saúde, a nota média foi 7, com desvio padrão de 1, sendo o mínimo dado de 3 e máximo de 10.

### **Qualidade de Vida**

Os achados referentes à qualidade de vida dos adolescentes participantes desta pesquisa podem ser verificados na tabela 3.

No domínio Físico, destaca-se que em sete dos oito quesitos analisados, a maioria das respostas foi “Nunca”, sendo maior em “Dificuldade em tomar banho sozinho” com 98,8% e “dificuldade em andar mais de um quarteirão” com 70,3% e menor em “Dificuldade em levantar coisas pesadas” com 33,5% e “Pouca energia, disposição” com 36%. No quesito “Sente dor”, a maioria das respostas dos estudantes foi “Algumas vezes” com 38,4%, seguido de “Quase Nunca” com 35,6%.

Para o domínio Emocional, destaca-se que 41,1% dos estudantes sentem medo algumas vezes; 41,4% dos estudantes sentem-se triste algumas vezes; 38,7% dos estudantes sentem raiva algumas vezes; 33,6% dos estudantes quase nunca dormem mal, seguido de 31,2% que nunca dormem mal; 32,8% dos estudantes quase sempre se preocupam com o que vai acontecer, seguido de 35,6% que se preocupa muitas vezes.

Para o domínio Social, destaca-se que 50,6% dos estudantes nunca tiveram dificuldade de conviver com outros adolescentes; 53,6% dos estudantes afirmaram que nunca tiveram problemas para que outros adolescentes fossem seus amigos; 35,1% dos estudantes afirmaram que nunca outros adolescentes implicaram com eles, seguidos de 34,1% que afirmaram que isso quase nunca ocorreu; 62,9% dos estudantes afirmaram que nunca apresentam dificuldade para fazer o que outros adolescentes fazem; 68,5% dos estudantes afirmaram que nunca tiveram dificuldades em acompanhar outros adolescentes da mesma idade.

Para o domínio Escolar, destaca-se que 38,3% dos estudantes afirmaram que algumas vezes tiveram dificuldades em prestar atenção na aula; 41,3% dos

estudantes afirmaram que algumas vezes esquecem as coisas; 50,9% dos estudantes afirmaram que nunca tiveram dificuldades em acompanhar a turma nas tarefas escolares; 39,1% dos estudantes afirmaram que nunca faltou a aula por não sentir-se bem, seguido de 34,2% que disseram que quase nunca; 41,1% dos estudantes afirmaram que quase nunca faltou a aula para ir ao médico ou hospital, seguido de 28,1% que afirmaram que isto nunca ocorreu.

**Tabela 3 - Tabela de frequência para as variáveis sobre qualidade de vida nos domínios físico, emocional, social e escolar.**

	N	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Físico</b>						
Dificuldade andar mais de um quarteirão	330	70,3	17,6	10,9	0,6	0,6
Dificuldade Correr	332	45,8	21,4	25,9	6,6	0,3
Dificuldade praticar esportes ou exercícios físicos	331	52,0	26,6	15,4	4,2	1,8
Dificuldade levantar coisas pesadas	328	33,5	31,7	25,3	6,7	2,7
Dificuldade tomar banho sozinho	332	98,8	0,9	0,3	0,0	0,0
Dificuldade ajudar nas tarefas domésticas	329	66,9	16,7	10,6	3,0	2,7
Sente dor	331	16,0	35,6	38,4	6,3	3,6
Pouca energia e disposição	331	36,0	31,4	24,5	4,5	3,6
<b>Emocional</b>						
Sente medo	331	13,0	35,3	41,1	6,0	4,5
Sente-se triste	331	11,8	32,6	41,4	10,0	4,2
Sente raiva	331	6,3	22,4	38,7	20,2	12,4
Dorme mal	330	31,2	33,6	20,9	9,1	5,2
Preocupa-se com o que vai acontecer	332	7,5	9,9	24,1	25,6	32,8
<b>Social</b>						
Dificuldade conviver com outros adolescentes	330	50,6	31,5	14,2	0,9	2,7
Outros adolescentes não querem ser seu amigo	330	53,6	36,7	6,7	2,1	0,9
Outros adolescentes implicam com você	328	35,1	34,1	20,1	5,2	5,5
Não consegue fazer o que outros adolescentes fazem	329	62,9	25,8	8,2	1,5	1,5
Dif. acompanhar outros adolescentes da mesma idade	330	68,5	22,7	6,1	0,9	1,8
<b>Escolar</b>						
Dificuldade prestar atenção na aula	332	20,5	27,1	38,3	9,0	5,1
Esquece as coisas	332	10,8	27,1	41,3	11,1	9,6
Dificuldade acompanhar a turma nas tarefas escolares	330	50,9	30,9	13,0	3,6	1,5
Falta à aula por não sentir-se bem	330	39,1	34,2	19,4	3,6	3,6
Falta à aula para ir ao médico ou hospital	331	28,1	41,1	23,3	2,7	4,8

Para cada domínio analisado foi criado um indicador que resume os resultados das questões que o compõe. As respostas foram transformadas em escala de -1 a 1, sendo que nunca = 1; quase nunca = 0,5; algumas vezes = 0; muitas vezes = -0,5; quase sempre = -1. Portanto, respostas negativas indicam má qualidade de vida enquanto que respostas positivas indicam boa qualidade de vida.

Pode-se observar na tabela 4 que os adolescentes apresentaram no escore total da qualidade de vida média 0,432. Os melhores valores foram atribuídos ao domínio social e pior resultado para o emocional. Os domínios social e físico apresentaram valores estatisticamente maiores que os domínios escolar e emocional.

**Tabela 4 - Tabela de Média e Intervalo de 95% de confiança para os indicadores da qualidade vida (QV)**

<b>Indicadores</b>	<b>Média</b>	<b>I.C. - 95%</b>
Físico	0,598	[0,570 - 0,626]
Emocional	0,085	[0,042 - 0,123]
Social	0,662	[0,629 - 0,692]
Escolar	0,379	[0,343 - 0,414]
Psicossocial	0,379	[0,351 - 0,406]
QV Escore Total	0,432	[0,407 - 0,459]

Legenda: **I.C. – 95%**: Intervalo de 95% de confiança

### **Atividade Física**

A tabela 5 representa as respostas dos estudantes quanto à forma de trabalho, classificação da saúde e o nível de atividade física.

Encontrou-se que 70% dos estudantes não trabalham de forma remunerada. Quanto à saúde 34,4% dos estudantes afirmam que sua saúde está boa, seguido de 33,8% que afirmam que sua saúde está muito boa. Para nível de atividade física verificou-se que 88% dos estudantes foram classificados como Ativos enquanto 12% foram classificados como sedentários.

**Tabela 5 - Tabela de Frequência para “Trabalha de forma remunerada”, “Sua saúde está” e “Nível de Atividade Física”**

Variável		N	%
Trabalha de forma remunerada	Não	233	70,0
	Sim	100	30,0
	Total	333	100,0
Sua saúde está:	Excelente	65	19,5
	Muito Boa	113	33,8
	Boa	115	34,4
	Regular	39	11,7
	Ruim	2	0,6
	Total	334	100,0
Classificação Nível de Atividade Física	Ativo	293	88,0
	Sedentário	40	12,0
	Total	333	100,0

### Qualidade de Vida X Sexo

Em relação ao sexo, observou-se que os estudantes do sexo masculino possuem maiores valores dos indicadores da qualidade de vida que estudantes do sexo feminino. Como mostra a tabela abaixo, os resultados apresentaram significância estatística para os domínios “físico”, “emocional”, “escolar”, “psicossocial” e também na qualidade de vida total.

**Tabela 6 - Medidas Descritivas e teste de Mann-Whitney para Sexo entre os domínios da Qualidade de Vida**

Variável	Sexo	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	P-valor
Físico	Feminino	187	0,574	0,02	0,38	0,63	0,81	0,053
	Masculino	134	0,632	0,02	0,50	0,63	0,81	
Emocional	Feminino	189	0,040	0,03	-0,20	0,00	0,30	0,004
	Masculino	141	0,145	0,03	0,00	0,20	0,30	
Social	Feminino	185	0,657	0,02	0,50	0,70	0,90	0,480
	Masculino	141	0,669	0,03	0,50	0,80	0,90	
Escolar	Feminino	189	0,329	0,03	0,20	0,40	0,60	0,001
	Masculino	140	0,446	0,03	0,30	0,50	0,65	
Psicossocial	Feminino	183	0,349	0,02	0,17	0,37	0,50	0,007
	Masculino	140	0,420	0,02	0,25	0,43	0,60	
QV	Feminino	179	0,405	0,02	0,25	0,39	0,57	0,008
Escore Total	Masculino	133	0,470	0,02	0,32	0,48	0,62	

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Qualidade de Vida X Idade

Comparando-se a qualidade de vida entre as diferentes idades, encontraram-se resultados com significância estatística ( $p$ -valor  $\leq 0,05$ ) apenas para o domínio “Físico”, como se observa na tabela 7. Apresentando diferenças com significância estatística encontrou-se que os estudantes de 15 anos obtiveram menores valores medianos de qualidade de vida quando comparados aos estudantes de 16 e 18 anos. Os estudantes de 17 anos apresentaram menores valores medianos de qualidade de vida quando comparados aos estudantes de 16 anos.

**Tabela 7 - Medidas Descritivas e Teste de Kruskal-Wallis para os indicadores da qualidade de vida entre as idades.**

Variável	Idade	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ Mediana	3ºQ	P-valor
Físico	15 anos	81	0,522	0,03	0,31	0,50	0,75	0,001
	16 anos	95	0,662	0,02	0,50	0,69	0,88	
	17 anos	71	0,554	0,03	0,38	0,56	0,69	
	18 anos	74	0,641	0,03	0,50	0,63	0,88	
Emocional	15 anos	80	0,071	0,04	-0,10	0,10	0,30	0,482
	16 anos	97	0,111	0,04	-0,10	0,10	0,30	
	17 anos	74	0,046	0,04	-0,10	0,00	0,20	
	18 anos	79	0,103	0,04	-0,20	0,10	0,30	
Social	15 anos	80	0,658	0,03	0,50	0,70	0,90	0,669
	16 anos	94	0,686	0,03	0,50	0,70	0,90	
	17 anos	73	0,616	0,04	0,40	0,70	0,90	
	18 anos	79	0,680	0,03	0,50	0,80	0,95	
Escolar	15 anos	81	0,394	0,04	0,20	0,40	0,60	0,320
	16 anos	95	0,364	0,04	0,10	0,40	0,60	
	17 anos	74	0,311	0,05	0,10	0,40	0,60	
	18 anos	79	0,444	0,03	0,30	0,40	0,60	
Psicossocial	15 anos	79	0,380	0,03	0,23	0,43	0,55	0,178
	16 anos	92	0,397	0,03	0,23	0,38	0,60	
	17 anos	73	0,324	0,03	0,17	0,37	0,47	
	18 anos	79	0,409	0,03	0,23	0,40	0,57	
QV Escore Total	15 anos	79	0,416	0,03	0,29	0,43	0,58	0,069
	16 anos	89	0,466	0,02	0,30	0,46	0,62	
	17 anos	70	0,375	0,03	0,22	0,37	0,53	
	18 anos	74	0,463	0,03	0,31	0,47	0,62	

Legenda: E.P.: Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Qualidade de Vida X Tipo de Escola

Comparando-se os indicadores da qualidade de vida e o tipo de escola, verificaram-se resultados com significância estatística ( $p\text{-valor} \leq 0,05$ ) apenas para o domínio “Físico”, sendo que os estudantes da escola pública obtiveram maiores valores medianos de qualidade de vida que os alunos da escola particular, conforme se observa na tabela 8.

**Tabela 8 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para os indicadores da qualidade de vida entre os tipos de escola.**

Variável	Tipo de escola	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	P-valor
Físico	Particular	50	0,528	0,04	0,31	0,53	0,69	0,041
	Público	271	0,611	0,02	0,44	0,63	0,81	
Emocional	Particular	51	0,135	0,05	0,00	0,10	0,30	0,187
	Público	279	0,076	0,02	-0,15	0,10	0,30	
Social	Particular	51	0,614	0,04	0,45	0,60	0,90	0,176
	Público	275	0,671	0,02	0,50	0,70	0,90	
Escolar	Particular	51	0,388	0,04	0,20	0,40	0,60	0,969
	Público	278	0,377	0,02	0,20	0,40	0,60	
Psicossocial	Particular	51	0,379	0,03	0,23	0,40	0,53	0,873
	Público	272	0,379	0,02	0,22	0,40	0,53	
QV	Particular	50	0,412	0,03	0,30	0,43	0,53	0,582
Escore Total	Público	262	0,436	0,01	0,28	0,44	0,60	

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Autopercepção de Saúde X Sexo X Tipo de Escola

Ao analisar a associação entre a Percepção da Saúde e sexo e o tipo de escola, observou-se resultados com significância estatística ( $p\text{-valor} \leq 0,05$ ) apenas para o sexo, sendo que os estudantes do sexo masculino obtiveram maiores valores para a nota dada à saúde quando comparado aos estudantes do sexo feminino.

**Tabela 9 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para nota dada a saúde entre sexo e tipo de escola.**

Variável		N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	P-valor
Sexo	Feminino	193	7,575	0,107	7,0	8,0	8,0	<0,001
	Masculino	140	8,329	0,121	7,0	8,0	10,0	
Tipo de Escola	Particular	51	7,706	0,195	7,0	8,0	8,5	0,237
	Público	282	7,926	0,091	7,0	8,0	9,0	

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Autopercepção de Saúde X Idade

Verificou-se que a percepção da saúde muda significativamente entre as idades ( $p$ -valor=0,030) conforme se observa na tabela abaixo. Após realizar as comparações múltiplas pós-teste Kruskal-Wallis, observou-se que as diferenças foram entre as idades de 16 e 17 anos, sendo que os estudantes de 17 anos tendem a atribuir uma maior nota para sua saúde.

Tabela 10 - Medidas Descritivas e Teste de Kruskal-Wallis para nota dada para a saúde entre as idades.

Variável	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ Mediana	3ºQ	P-valor
Idade	15	82	7,720	0,177	7,0	8,0	9,0
	16	99	7,616	0,154	7,0	8,0	9,0
	17	74	8,216	0,166	7,0	8,0	9,0
	18	78	8,115	0,157	7,0	8,0	9,0
							0,030

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Nível de Atividade Física X Sexo X Tipo de Escola X Idade

Ao analisar a possível associação entre a classificação do nível de atividade física e as variáveis, sexo, tipo de escola e idade, encontrou-se diferença com significância estatística para o sexo. Dos estudantes sedentários, 82,5% são do sexo feminino, enquanto que 17,5% do sexo masculino, sendo essa diferença com significância estatística ( $p$ -valor=0,001). Avaliando as razões de chance, tem-se que a chance de um aluno do sexo masculino ser sedentário foi de 0,25 vezes a chance de um aluno do sexo feminino.

Tabela 11 - Tabela de Frequência e teste Qui-Quadrado para Classificação do Nível de Atividade Física entre Sexo, Tipo de Escola e Idade.

Variável		Ativo		Sedentário		Total		P-valor	O.R	I.C. - 95%	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Sexo	Feminino	160	54,6	33	82,5	193	58,0	0,001	1	-	-
	Masculino	133	45,4	7	17,5	140	42,0				
	Total	293	100,0	40	100,0	333	100,0				
Tipo de Escola	Particular	46	15,7	5	12,5	51	15,3	0,598	1	-	-
	Público	247	84,3	35	87,5	282	84,7				
	Total	293	100,0	40	100,0	333	100,0				
Idade	15 anos	72	24,6	10	25,0	82	24,6	0,668	1	-	-
	16 anos	90	30,7	9	22,5	99	29,7				
	17 anos	64	21,8	9	22,5	73	21,9				
	18 anos	67	22,9	12	30,0	79	23,7				
	Total	293	100,0	40	100,0	333	100,0				

Legenda: O.R.: Razão de chance; I.C. - 95%: Intervalo de 95% de confiança

### Nível de Atividade Física X Autopercepção de Saúde

Quanto à comparação entre a Classificação do Nível de Atividade Física e a Percepção da Saúde, pode-se verificar na tabela abaixo, que o nível de atividade física não apresenta associação com significância estatística sobre a autopercepção da saúde (P-valor=0,108).

**Tabela 12 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para nota dada para a saúde entre os níveis de atividade física.**

Variável	N	Média	E.P.	1ºQ	Mediana	3ºQ	P-valor
Nível de Atividade Física	Ativo 292	7,949	0,084	7,0	8,0	9,0	0,108
	Sedentário 40	7,425	0,301	6,0	8,0	9,0	

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

### Nível de Atividade Física X Qualidade de Vida

Os resultados encontrados entre associação da Classificação do Nível de Atividade Física e os constructos da Qualidade de Vida não revalaram significância estatística para os constructos analisados, ou seja, as diferenças de atribuições de frequência para os quesitos analisados da qualidade de vida não sofreram influência da classificação do nível de atividade física.

**Tabela 13 - Medidas Descritivas e Teste de Mann-Whitney para classificação do nível de atividade física entre os indicadores da qualidade de vida.**

Variáveis	NAF	N	Média	E.P.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	P-valor
Físico	Ativo	282	0,593	0,016	0,44	0,63	0,81	0,644
	Sedentário	38	0,623	0,039	0,38	0,63	0,88	
Emocional	Ativo	289	0,078	0,021	-0,20	0,10	0,30	0,802
	Sedentário	40	0,122	0,057	-0,10	0,05	0,30	
Social	Ativo	286	0,652	0,018	0,50	0,70	0,90	0,054
	Sedentário	39	0,726	0,050	0,60	0,80	1,00	
Escolar	Ativo	288	0,368	0,021	0,20	0,40	0,60	0,174
	Sedentário	40	0,452	0,042	0,25	0,50	0,70	
Psicossocial	Ativo	283	0,371	0,015	0,22	0,40	0,53	0,220
	Sedentário	39	0,432	0,038	0,25	0,43	0,60	
QV	Ativo	274	0,425	0,014	0,28	0,44	0,58	0,263
Escore Total	Sedentário	37	0,477	0,036	0,31	0,46	0,65	

Legenda: E.P.:Erro Padrão; 1ºQ: 1º Quartil; 2ºQ: 2º Quartil; 3ºQ: 3º Quartil

## 4.5 DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo revelaram que os domínios social e físico, respectivamente, apresentaram-se como aspectos mais positivos da qualidade de vida dos adolescentes participantes desta pesquisa. Em contrapartida, encontrou-se para o domínio emocional os menores valores, seguido do escolar. Portanto, estes adolescentes apresentaram mais dificuldades relacionadas à componente emocional, indicando que o ponto mais vulnerável na qualidade de vida da população estudada diz respeito aos aspectos emocionais.

De fato, estudos (GORDIA 2009; INTERDONATO 2011) têm demonstrado que os domínios social e físico contribuem positivamente para a qualidade de vida de adolescentes. O domínio social é fundamental na adolescência, visto que os aspectos deste construto são considerados de grande importância para esta população, período caracterizado pela necessidade de integração e aceitação social (GORDIA, 2008; DAVIM et al, 2009; GASPAR et al, 2006). Enquanto que o domínio físico apresenta-se como fator positivo da qualidade de vida, tendo em vista que adolescentes, em geral, são saudáveis e não apresentam limitações físicas (GORDIA et al, 2009).

Por outro lado, estudos (WAGNER e OLIVEIRA, 2007; KUNKEL et al, 2009) destacam por ser uma etapa que envolve inúmeras mudanças e adaptações nas capacidades e habilidades pessoais é comum adolescentes apresentarem sentimentos de insegurança, desamparo e emoções conflitantes, sendo por isso mais vulneráveis nas questões emocionais. Este fato pode explicar os achados do presente estudo a respeito da menor valoração da qualidade de vida destes adolescentes no aspecto emocional.

A associação estatística da qualidade de vida nos construtos físico, emocional e escolar em relação ao sexo indica que adolescentes do sexo masculino apresentaram melhores índices de qualidade de vida nestes construtos quando comparados a adolescentes do sexo feminino. Estes resultados corroboram estudo (GASPAR et al, 2006) sobre qualidade de vida e bem estar em crianças e adolescentes que comparou a percepção sobre qualidade de vida em função do sexo e encontrou diferenças com significância estatística na maioria das dimensões da qualidade de vida, sendo que os meninos apresentaram valores médios mais

elevados do que as meninas. Desta forma, adolescentes do sexo feminino compõem o grupo mais vulnerável em relação à maioria dos aspectos da qualidade de vida.

Concernente ao domínio físico, os adolescentes do sexo masculino referiram menos dificuldades quando comparados ao sexo feminino, este fato sugere que aqueles se percebem mais capazes do ponto de vista de suas habilidades físicas. Corroboram estes achados estudo (GORDIA et al, 2009) que analisou associação entre o nível de atividade física, consumo de álcool, índice de massa corporal, variáveis sociodemográficas e o domínio físico da qualidade de vida de adolescentes do município da Lapa, Paraná. O estudo demonstrou que adolescentes do sexo masculino apresentaram melhores resultados no domínio físico quando comparados ao sexo feminino.

Segundo Gordia et al (2009) a diferença encontrada entre os gêneros pode estar relacionada a condições de vida distintas entre meninos e meninas ou ainda por diferenças na forma de analisar aspectos da vida, podendo ser que as meninas sejam mais exigentes em relação à percepção de sua qualidade de vida do que seus pares do sexo masculino (GORDIA, et al 2009). Outra explicação para este fato seria condizente com os achados de um estudo (KREBS e MACEDO, 2005) cujo objetivo foi analisar a aptidão física (presença de atributos relacionados à habilidade no desempenho de atividades físicas) relacionada ao desempenho de crianças e adolescentes do estado de Santa Catarina, o qual verificou diferenças na aptidão física entre os gêneros, sendo que o sexo masculino apresentou melhores índices em todas as variáveis analisadas.

Quanto ao domínio emocional, a diferença com significância estatística entre os sexos evidencia que os adolescentes do sexo masculino referiram maior facilidade nos aspectos deste domínio, enquanto que as meninas mostraram mais susceptíveis, representando grupo de risco para possuir domínio emocional ruim. Estes achados corroboram estudo realizado com adolescentes de Campinas – SP que demonstrou que o sexo feminino apresenta maior prevalência de problemas emocionais quando comparado aos adolescentes do sexo masculino (CUCCHIARO e DALGALARRONDO, 2007). Com base nos achados do presente estudo e da pesquisa supracitada, adolescentes do sexo feminino parecem ser mais vulneráveis em relação ao domínio emocional. Este fato pode estar relacionado a diferenças hormonais e de exigência cultural entre os sexos, sendo que características do sexo

feminino podem interferir nas facetas deste domínio, prejudicando sua percepção de qualidade de vida.

Da mesma forma, no construto escolar os achados desta pesquisa revelaram que os meninos obtiveram melhores índices que as meninas, ao contrário das estatísticas nacionais, que embora sejam poucas, evidenciam que o sexo feminino têm mais interesse nas atividades escolares e melhor desempenho escolar que os meninos (CARVALHO, 2003; GASPAR et al, 2006). Portanto, os achados da presente pesquisa podem refletir características específicas desta população, necessitando de mais estudos para fazer possíveis associações entre essas variáveis.

Ao comparar a qualidade de vida em relação à idade, foi encontrada diferença com significância estatística no domínio físico, para o qual obteve melhor qualidade de vida os adolescentes de 16, 18 e 17 anos de idade respectivamente e os adolescentes de 15 anos obtiveram os menores valores. Estes resultados podem ser comparados ao estudo de Gordia (2009) sobre o domínio físico da qualidade de vida de adolescentes no qual os estudantes do 1º ano do ensino médio apresentaram mais chances de possuir domínio físico ruim do que estudantes do 3º ano. Tendo em vista que, em geral, estudantes do 1º ano são mais novos que os do 3º ano pode-se considerar que estes achados são condizentes aos encontrados no presente estudo, no qual os adolescentes de 15 anos apresentaram menores valores em relação aos demais. Contudo, ressalva-se que as comparações feitas entre os estudos compreendem instrumentos diferentes, por isso há também diferenças nos critérios analisados.

Em relação à associação entre a qualidade de vida e o tipo de escola, observou-se diferença com significância estatística apenas para o domínio físico da qualidade de vida, para o qual os estudantes da rede pública apresentaram maiores valores medianos de qualidade de vida que estudantes da rede privada. No estudo de Gordia (2009) sobre o domínio físico da qualidade de vida de adolescentes não foi encontrado associação com significância estatística para este domínio e o tipo de escola.

A análise da autopercepção de saúde dos adolescentes participantes desta pesquisa mostrou associação com significância estatística para as variáveis de gênero indicando maior nível de autopercepção de saúde entre os adolescentes do sexo masculino quando comparado ao sexo feminino. Resultado semelhante a este

foi encontrado em estudo (SOUSA et al, 2010) cujo objetivo foi identificar a prevalência e os fatores associados à autopercepção negativa de saúde em adolescentes catarinenses e constatou a prevalência de autopercepção de saúde negativa maior nas moças em relação aos rapazes. Da mesma forma, estudo (LOCH e POSSAMAI, 2007) desenvolvido com adolescentes escolares de Florianópolis, Santa Catarina, encontrou que os rapazes apresentaram maior proporção de percepção de saúde positiva do que as moças. A partir dos achados desta pesquisa em consonância com estes estudos pode-se supor que a principal diferença na avaliação de saúde entre os gêneros esteja na maior exigência das adolescentes do sexo feminino em relação à percepção da sua saúde. Além disso, culturalmente as moças fazem melhor acompanhamento de sua saúde do que os rapazes, o que contribui para o diagnóstico precoce de doenças, soma-se ainda, o fato de que o sexo feminino apresenta mais sensibilidade para identificar problemas ou hábitos inadequados à saúde (SOUSA et al, 2010). apontaram

Para o tipo de escola e autopercepção de saúde não houve associação com significância estatística, o que demonstra que esta variável não influenciou a percepção de saúde dos adolescentes participantes desta pesquisa.

Observou-se diferença na percepção de saúde de acordo com a idade conforme evidência a diferença significativa entre as idades de 16 e 17 anos. Os adolescentes na faixa etária de 17 anos atribuíram maior nota à saúde enquanto que os de 16 anos atribuíram a menor nota à saúde. Outros autores (JOHNSON e RICHTER, 2002; TORSHEIM et al, 2004) apontaram que adolescentes mais velhos tendem a estimar mais negativamente a saúde comparado aos mais novos. Entretanto, para estabelecer possíveis associações entre essas variáveis, seriam necessários estudos mais aprofundados sobre o tema.

Em relação à atividade física e as variáveis sexo, tipo de escola e idade os resultados revelaram associação com significância estatística apenas para o sexo indicando diferença do nível de atividade física entre sexo masculino e feminino, sendo que os adolescentes do sexo masculino envolvem-se em mais atividades físicas quando comparado ao sexo feminino.

É bastante vasta a literatura (FARIAS JÚNIOR, 2006; FERMINO et al 2010; GONÇALVES et al, 2007; GORDIA et al, 2009; HALLAL et al, 2006; MATOS et al, 2002; MELO et al, 2009; OEHLSCHLAEGER et al, 2004; PIRES 2012; SEABRA et al, 2008; TENÓRIO et al, 2010) que corrobora que adolescentes do sexo masculino

são mais ativos fisicamente. Tal fato é relevante tendo em vista que essa diferença de gênero pode ser explicada por aspectos biológicos e socioculturais que privilegiam o envolvimento masculino em atividades físicas como também reforçam preconceitos sobre a participação do sexo feminino em atividades físicas (GONÇALVES et al, 2007; SEABRA et al, 2008).

A atividade física não apresentou diferença com significância estatística associada ao tipo de escola e à idade.

No presente estudo atividade física e autopercepção de saúde não apresentaram associação com significância estatística, evidenciando que a percepção de saúde destes adolescentes não é influenciada pela prática de atividade física e, portanto para a amostra estudada não houve diferenças com significância estatística quanto à autopercepção de saúde de adolescentes que são fisicamente ativos e sedentários.

Estes resultados não corroboram outros estudos que observaram associação entre a atividade física e a percepção de saúde. Um estudo (MATOS et al, 2002) desenvolvido com finalidade de investigar os fatores associados à prática de atividade física de adolescentes portugueses verificou que melhor percepção de saúde foi associada à maior prática de atividade física. Outro estudo (LOCH e POSSAMAI, 2007) relativo à percepção de saúde foi realizado com adolescentes de Florianópolis e constatou que entre as moças, a prática de atividade física de lazer mostrou-se associada significativamente à melhor percepção de saúde. Também foi encontrada associação positiva entre a prática de atividade física e a percepção de saúde em uma amostra de 350 estudantes de licenciatura em Educação Física em estudo que verificou associação a percepção de saúde em relação ao nível de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas (ALVES et al, 2012). Com objetivo de sintetizar as evidências disponíveis quanto à associação entre a prática de atividades físicas e a percepção de saúde em adolescentes foi desenvolvido estudo de revisão sistemática que verificou em 14 dos 16 estudos analisados, associação direta entre a prática de atividade física e percepção de saúde mais positiva (VANCKA et al, 2011).

Atinente à atividade física e a qualidade de vida não foi observado neste estudo associação com significância estatística entre estas variáveis, sugerindo que a qualidade de vida destes adolescentes não sofre influência da prática de atividade

física, pois não houve diferenças entre os domínios da qualidade de vida de adolescentes sedentários e ativos.

Ao contrário dos achados desta pesquisa, estudo (CAMARGO et al, 2009) sobre fatores associados à qualidade de vida de adolescentes de Bucaramanga na Colômbia, constatou associação positiva entre estilo de vida fisicamente ativo e melhor qualidade de vida. Consistente com este resultado, outro estudo (HIDALGO-RASMUSSEN et al, 2011) que analisou a qualidade de vida segundo a autopercepção do peso corporal e comportamentos de controle de peso de adolescentes de um centro universitário do México encontrou que, em ambos os gêneros, os adolescentes que fazem exercícios físicos têm melhor qualidade de vida comparado aos que não fazem. Da mesma forma, em estudo de revisão sistemática com objetivo de analisar a literatura nacional acerca da relação entre qualidade de vida e atividade física, constatou que independente da idade, em todos os estudos analisados houve interação entre maior prática de atividade física e melhores escores nos domínios da qualidade de vida (PELOZATTO e FERNANDES, 2011).

Uma possível explicação para a diferença entre os achados do presente estudo e a literatura pesquisada (CAMARGO et al, 2009; HIDALGO-RASMUSSEN et al, 2011; PELOZATTO e FERNANDES, 2011) pode ser devido ao pequeno número de adolescentes sedentários em relação aos ativos na amostra estudada o que pode ter inibido possível associação entre os construtos analisados.

O presente estudo apresenta contribuições para o avanço da discussão na área da promoção da saúde, contudo há limitações que devem ser apontadas, a saber: a diversidade de instrumentos de mensuração bem como os diferentes procedimentos metodológicos encontrados para a avaliação do nível de atividade física, dificulta a comparação entre estudos. Outro aspecto diz respeito à proporção de adolescentes fisicamente ativos em relação aos sedentários, sendo que o baixo índice de sedentarismo na população estudada impossibilitou a extrapolação dos resultados encontrados para a população de adolescentes em geral. Vale destacar que o período da coleta dos dados (último bimestre letivo) não foi muito propício, pois ao final do ano letivo as atribuições dos estudantes e agenda de atividades das escolas (avaliações, vestibular, formaturas, recuperações) acarretaram à pesquisadora dificuldade para aplicação dos questionários bem como dificuldade de concentração e interesse dos alunos para respondê-los.

Destaca-se a importância do conhecimento de fatores que privilegiam a saúde e qualidade de vida de adolescentes para a elaboração de propostas que visem melhores condições de vida da população ainda em idades precoces. Nesta perspectiva, este trabalho teve a intenção de analisar as relações entre qualidade de vida, autopercepção de saúde e atividade física na adolescência. Assim, o presente estudo contribui para o avanço científico da área, sobretudo por apresentar aspectos relevantes neste ciclo da vida e possibilitar maior conhecimento das representações e perspectivas dos adolescentes sobre os três eixos temáticos abordados.

Espera-se que os dados do presente estudo contribuam para melhor entendimento dos fatores positivos e negativos que podem influenciar a qualidade de vida e percepção de saúde de adolescentes, bem como para identificação de subgrupos populacionais com risco de apresentar níveis inadequados de qualidade de vida, percepção de saúde e atividade física, a fim de auxiliar a elaboração de propostas e estratégias adequadas para intervenções e implementação de programas com vistas à melhoria da saúde e qualidade de vida dessa população.

#### **4.6 CONCLUSÃO**

No presente estudo os domínios social e físico apresentaram-se como aspectos mais positivos da qualidade de vida de adolescentes. Os estudantes da rede particular e os adolescentes de 15 anos de idade apresentaram os menores valores para o domínio físico da qualidade de vida. O sexo feminino parece compor o grupo mais vulnerável para a maioria dos aspectos da qualidade de vida, para autopercepção de saúde e para nível de atividade física. Não houve associação com significância estatística para autopercepção de saúde e o tipo de escola. Os adolescentes de 17 anos de idade atribuíram a maior nota à sua própria saúde. Para o tipo de escola e a idade não houve associação com significância estatística e a atividade física.

A atividade física não apresentou associação com significância estatística com a qualidade de vida e a autopercepção de saúde para a amostra estudada. Entretanto, esses achados devem ser analisados ponderando os reconhecidos efeitos benéficos da atividade física na saúde e bem estar físico, social e psicológico de adolescentes.

Tendo em vista a escassês de estudos que abordem os construtos aqui analisados, destaca-se a importância do presente estudo que pode fornecer informações importantes para o conhecimento científico. Deste modo, essas considerações podem contribuir para o avanço da discussão na área da promoção da saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida da população ainda em idades precoces.

## 4.7 REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New York: Wiley, 2002.

ALVES, N.C.W.; DUARTE, P.P.D.; RODRIGUES, H.W.G.; JÚNIOR, M.B.; ANDRADE, A.G.P.de. Associação da percepção de saúde em relação ao nível de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas. **e-Scientia**, v.5, n.1, p.54-57, 2012.

AMERICAN HEART ASSOCIATION AND AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Official Journal of the American College of Sports Medicine**, p. 1423- 1434, 2007.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.14, n.1, p.41-68, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 04 jul 2013.

BUSS, P. M.; CRUZ, O. Promoção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, v.6, p.50-63, 2002.

CAMARGO, D. M.; OROZCO, L. C.; VILLABONA, E. Factores asociados a la calidad de vida en adolescentes de Bucaramanga. **Salud UIS**, v.41, n.1, p.33-42, 2009.

CARVALHO, Marília Pinto de. Sucesso e fracasso escolar: uma questão de gênero. **Educação e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 185-193, 2003.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research. **Public Health Reports**, v.100, n.2, p.126-131, 1985.

COSTA, F.F. da; GARCIA, L.M.T; NAHAS, M.V. A Educação Física no Brasil em transição: perspectivas para a promoção da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, vol. 17, n. 1, 2012.

CUCCHIARO, G.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental e qualidade de vida em adolescentes: um estudo entre escolares em duas áreas urbanas contrastantes. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 29, n.3, p.213-21, 2007.

DAVIM, R.M.B.; GERMANO, R.M.; MENEZES, R.M.V.; CARLOS, D.J.D. Adolescente/Adolescência: Revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v.10, n.2, p.131-140, 2009.

FARIAS JÚNIOR, J.C. Prevalência e fatores de influência para inatividade física em adolescentes. **R. bras. Ci e Mov.**, v.14, n.1, p.63-70, 2006.

FERMINO, R.C. et al. Atividade física e fatores associados em adolescentes do ensino médio de Curitiba, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.6, p.986-95, 2010.

GARBIN, C. A. S. et al. La Salud Bucal en la Percepción Del Adolescente. **Revista de Salud Pública**, v.11, n.2, 2009.

GASPAR, T.; MATOS, M.G.de; RIBEIRO, J.L.P.; LEAL, I. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Rev. bras. ter. cogn.**, v.2, n.2, 2006.

GLANER, M. F. Nível de Atividade Física e Aptidão Física Relacionada à Saúde em Rapazes Rurais e Urbanos. **Revista Paulista de Educação Física**, v.16, n.1, p.76-85, 2002.

GONÇALVES, H.; HALLAL, P.C.; AMORIM, T.C.; ARAÚJO, C.L.P.; MENEZES, A.M.B. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Rev Panam Salud Publica**, v.22, n.4, p.246–53, 2007.

GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes**. 2008. 181f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Departamento de Educação Física, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

GORDIA, A. P. et al. Domínio Físico da Qualidade de Vida entre Adolescentes: Associação com Atividade Física e Sexo. **Revista de salud pública**, v.11, n.1, p.50-61, 2009.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Atividade Física, Aptidão Física e Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v.1, n.1, 1995.

HALLAL, P.C.; BERTOLDI, A.D.; GONÇALVES, H.; VICTORA, C.G. Prevalência de sedentarismo e fatores associados em adolescentes de 10-12 anos de idade. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.6, p.1277-1287, 2006.

HALLAL, P.C.; DUMITH, S.C.; BASTOS, J.P.; REICHERT, F.F.; SIQUEIRA, F.V.; AZEVEDO, M.R. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática, **Rev Saúde Pública**, v.41, n.3, p.453-60, 2007.

HIDALGO- RASMUSSEN, C. A. et al. Calidad de vida, según percepción y comportamientos de control del peso por género, en estudiantes universitarios adolescentes en México. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.1, p.67-77, 2011.

HOLLANDER, M.; WOLFE, D.A. Nonparametric Statistical Methods. New York: John Wiley & Sons, 1999.

INTERDONATO, G. C.; GREGUOL, M. Qualidade de vida e prática habitual de atividade física em adolescentes com deficiência. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.21, n.2, p.282-295, 2011.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SPORTS MEDICINE. Physical exercise: An important factor for health. **Physician and Sports Medicine**, v.18, n.1, p. 155-156, 1990.

JOHNSON, P. B.; RICHTER, L. The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. **Journal of Adolescent Health**, v.30, n.3, p.175-83, 2002.

KLATCHOIAN, D. A., et al. Qualidade de vida de crianças e adolescentes de São Paulo: Confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário genérico

Pediatric Quality of Life Inventory TM versão 4.0. **Jornal de Pediatria**, v.84, n.4, p.308-315, 2008.

KREBS, R.J.; MACEDO, F. de O. Desempenho da aptidão física de crianças e adolescentes. **Lecturas: Educación física y deportes**, n. 85, p. 36, 2005.

KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W.F. de; PERES, M.A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.2, p.226-35, 2009.

LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.6, n.2, p.377-383, 2007.

MALTA, D.C. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T.H.M. da; SCHMITZ, B. de A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev. Nutr.**, v.21, n.1, p.39-47, 2008.

MATHIAS, I. Indicadores de Saúde e do Estilo de Vida de Adolescentes Escolares Residentes em Municípios Grandes, Médios e Pequenos de Santa Catarina, Brasil. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**, v.15, n.3, p.7-15, 2007.

MATOS, M.G. de; CARVALHOSA, S.F.; DINIZ, J.A. Factores associados à prática da actividade física nos adolescentes portugueses. **Análise Psicológica**, v.20, n.1, p.57-66, 2002.

MATSUDO, S. M. et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de Validade e Reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, vol.6, n.2, p.5-18, 2001b.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; NETO, T. L. B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte**, v.7, n.1, p. 2-13, 2001a.

MELO, F. A. P.; OLIVEIRA, F. M. F.; ALMEIDA, M. B. Nível de atividade física não identifica o nível de flexibilidade de adolescentes. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.14, n.1, p. 48-59, 2009.

MORETTI, A.C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Saúde Soc. São Paulo**, v.18, n.2, p.346-354, 2009.

OEHLSCHLAEGER, M.H.K.; PINHEIRO, R.T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SAN'TANA, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Rev Saúde Pública**, v.38, n.2, p.157-63, 2004.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições socioeconômicas: uma revisão da literatura. **Rev. paul. Educ. Fís.**, v.14, n.1, p.97-106, 2000.

PELOZATTO, D.; FERNANDES, R.A. Relação entre qualidade de vida e atividade física: uma revisão sistemática da literatura nacional. **Colloquium Vitae**, v.3, n2, p. 54-58, 2011.

PIRES, E.A.G. **Hábitos de atividade física, padrões de comportamento e estresse em adolescentes de Florianópolis**. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado) Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

PITANGA, F.J.G. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, v.10, n. 3, p.49-54, 2002.

RAHAL, M. A. et al. Atividade Física para o Idoso e Objetivos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus; **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. Ver. e ampl. São Paulo: Atheneu, p. 781-793, 2007.

SCHIMITT, A.C.B.; GONÇALVES, A. Como analisar o nível de atividade física? Discutindo critérios de classificação. **O Mundo da Saúde**, v.31, n.4, p.530-538, 2007.

SEABRA, A.F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.4, p.721-736, 2008.

SILVA, R.; BENTO, G.G.; LEAL, D.B.; VARGAS, C.R.; FILHO, P.J.B.G. Relação entre nível de atividade física, estado nutricional e fatores socioeconômicos de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Pulsar**, v.4, n.1, p.51-65, 2012.

SILVA, R.C.R. da; MALINA, R.M. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.4, p.1091-1097, 2000.

SOUSA, T. F. et al. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.28, n.4: p. 333-339, 2010.

SOUZA, R. P. de. Nível de sedentarismo entre adolescentes do município de Canoas, Rio Grande de Sul, Brasil. **Educação Física em Revista**, v.5, n.2, 2011.

TASSITANO, R. M. et al. Atividade física em adolescentes brasileiros: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v.9, n.1, p.55-60, 2007.

TENÓRIO, M. C. M. et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev bras epidemiol**, v.13, n.1, p. 105-17, 2010.

TORSHEIM, T. et al. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. **Soc Sci Med**, v.59, n.1, p.1-12, 2004.

VANCEA, L. A. et al. Associação entre atividade física e percepção de saúde em adolescentes: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.16, n.3, p.246-254, 2011.

WAGNER, M.F.; OLIVEIRA, M. da S. Habilidades Sociais e abuso de drogas em adolescentes. **Psic. Clin.**, v.19, n.2, p.101-116, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO Press, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. **Food Nutr Bull**, v.25, n.3, p.292-302, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO Global Report. Geneva: WHO; 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.

ZAR, J.H. **Biostatistical analysis**. Prentice Hall, New Jersey, 1999.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade de vida, a autopercepção de saúde e a atividade física constituem aspectos importantes que devem ser valorizados em todas as etapas da vida e, especialmente, na fase da adolescência.

O estudo de revisão da literatura revelou que há relação positiva entre a prática de atividade física e benefícios para a qualidade de vida e a autopercepção de saúde no período da adolescência. Desta forma, destaca-se a importância do incentivo à prática de atividade física na adolescência como fator de promoção da qualidade de vida como também a autopercepção de saúde.

Em relação à pesquisa realizada com adolescentes do município de Manhuaçu cabe destacar que concernente às diferenças de gênero os resultados sugerem que o sexo feminino compõe o grupo mais vulnerável para a maioria dos aspectos da qualidade de vida, para autopercepção de saúde e para nível de atividade física.

Destaca-se também que os resultados encontrados não indicaram associação com significância estatística entre a atividade física, qualidade de vida e autopercepção de saúde para a amostra estudada. Estes achados não coincidiram com a literatura pesquisada, que evidencia relação positiva entre atividade física, qualidade de vida e percepção de saúde. Uma possível explicação para esta diferença entre os achados pode ser pelo fato que na população estudada o número de adolescentes sedentários foi pequeno em relação aos ativos o que pode ter inibido possível associação entre os construtos analisados.

## 6. ANEXOS

### Anexo 1

#### Questionário de Caracterização do Sujeito

O presente questionário é parte de um projeto de pesquisa. Os dados obtidos deverão ser divulgados em publicações e reuniões científicas. O sigilo de sua identidade será assegurado. Sua participação neste trabalho, respondendo as questões a seguir, é voluntária. Obrigada.

Código de identificação: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Número de irmãos: \_\_\_\_\_

Escolaridade dos pais: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

### Questionário autopercepção de saúde

O presente questionário é parte de um projeto de pesquisa. Os dados obtidos deverão ser divulgados em publicações e reuniões científicas. O sigilo de sua identidade será assegurado. Sua participação neste trabalho, respondendo as questões a seguir, é voluntária. Obrigada.

Código de identificação: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Idade: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Escolaridade dos pais: \_\_\_\_\_

1- O que você entende por saúde?

---

---

---

---

2- O que você acha que é preciso para ter saúde?

---

---

---

---

3- De maneira geral, você diria que sua saúde é:

( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Razoável ( ) Ruim ( ) Muito ruim

4- Dê uma nota para sua saúde:

Nada 0\_\_1\_\_2\_\_3\_\_4\_\_5\_\_6\_\_7\_\_8\_\_9\_\_10 Muito

**Anexo 3****QUESTIONÁRIO PEDIÁTRICO SOBRE QUALIDADE DE VIDA****TM**

PedsQL

Nº de identificação: \_\_\_\_\_

Versão 4.0 – Português (Brasil)

Data: \_\_\_\_\_

**RELATO DO/A ADOLESCENTE (13 A 18 ANOS)****INSTRUÇÕES**

A próxima página contém uma lista de coisas com as quais você pode ter dificuldade.

Por favor, conte-nos se você tem tido dificuldade com cada uma dessas coisas durante o **ÚLTIMO MÊS**, fazendo um “X” no número:

0 se você nunca tem dificuldade com isso

1 se você quase nunca tem dificuldade com isso

2 se você algumas vezes tem dificuldade com isso

3 se você muitas vezes tem dificuldade com isso

4 se você quase sempre tem dificuldade com isso

Não existem respostas certas ou erradas.

Durante o ÚLTIMO MÊS, você tem tido dificuldade com cada uma das coisas abaixo?

Sobre minha saúde e minhas atividades (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Para mim é difícil de andar mais de um quarteirão	0	1	2	3	4
2. Para mim é difícil correr	0	1	2	3	4
3. Para mim é difícil praticar esportes ou fazer exercícios físicos	0	1	2	3	4
4. Para mim é difícil levantar coisas pesadas	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil tomar banho de banheira ou de chuveiro sozinho/a	0	1	2	3	4
6. Para mim é difícil ajudar nas tarefas domésticas	0	1	2	3	4
7. Eu sinto dor	0	1	2	3	4
8. Eu tenho pouca energia ou disposição	0	1	2	3	4

Sobre meus sentimentos (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu sinto medo	0	1	2	3	4
2. Eu me sinto triste	0	1	2	3	4
3. Eu sinto raiva	0	1	2	3	4
4. Eu durmo mal	0	1	2	3	4
5. Eu me preocupo com o que vai acontecer comigo	0	1	2	3	4

Como eu vivo com outras pessoas (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Alguma s vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Eu tenho dificuldade para conviver com outros/outras Adolescentes	0	1	2	3	4
2. Os outros / as outras adolescentes não querem ser meus amigos / minhas amigas	0	1	2	3	4
3. Os outros / as outras adolescentes implicam comigo	0	1	2	3	4
4. Eu não consigo fazer coisas que outros/ outras adolescentes da minha idade fazem	0	1	2	3	4
5. Para mim é difícil acompanhar os / as adolescentes da minha idade	0	1	2	3	4

Sobre a escola (dificuldade para...)	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. É difícil prestar atenção na aula	0	1	2	3	4
2. Eu esqueço as coisas	0	1	2	3	4
3. Eu tenho dificuldade para acompanhar a minha turma nas tarefas escolares	0	1	2	3	4
4. Eu falto à aula por não estar me sentindo bem	0	1	2	3	4
5. Eu falto à aula para ir ao médico ou ao hospital	0	1	2	3	4

## Anexo 4

### QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Forma Curta

Código de Identificação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Você trabalha de forma remunerada: ( ) Sim Não ( )

Quantas horas você trabalha por dia: \_\_\_\_\_

Quantos anos completos você estudou: \_\_\_\_\_

De forma geral sua saúde está:

( ) Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Este projeto faz parte de um grande estudo que está sendo feito em diferentes países ao redor do mundo.

Suas respostas nos ajudarão a entender quão ativos nós somos em relação a pessoas de outros países. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Obrigado pela sua participação!

Para responder às questões lembre que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar BASTANTE ou aumentem MUITO sua respiração ou batimentos do coração.

\_\_\_\_\_ dias por SEMANA            ( ) Nenhum

1b. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanta tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

2a. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumentem moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR, NÃO INCLUA CAMINHADA).

\_\_\_\_\_ dias por SEMANA            ( ) Nenhum

2b. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos quantO tempo no total você gasta fazendo essas atividades por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

3a. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

\_\_\_\_\_ dias por SEMANA            ( ) Nenhum

3b. Nos dias em que você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos quanta tempo no total você gasta caminhando por dia?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

4a. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão.

Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia da semana?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

4b. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana?

Horas: \_\_\_\_\_ Minutos: \_\_\_\_\_

## Anexo 5

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pais ou Responsáveis de adolescentes de 15 a 17 anos

Seu(ua) filho(a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física em adolescentes de 15 a 18 anos de escolas de financiamento público e privado do município de Manhuaçu.

Para participar, seu(ua) filho(a) deverá responder a quatro questionários, o primeiro para identificação quanto à idade, escola e família, e outros três relacionados à autopercepção de saúde (como ele vê a própria saúde), qualidade de vida e atividade física respectivamente. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, seu(ua) filho(a) poderá retirar-se da pesquisa. A recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não trarão qualquer problema, de qualquer natureza.

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos à integridade física de seu(ua) filho(a) e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo ensino-aprendizagem da disciplina de Educação Física e auxiliar no entendimento de como seu(ua) filho(a) e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a atividade física.

Durante a realização do trabalho, seu(ua) filho(a) tem direito de tirar dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

\_\_\_\_\_  
Stela Maris Lemos Aguiar

\_\_\_\_\_  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, autorizo meu/minha filho(a) a participar da pesquisa intitulada “As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes de Manhuaçu/MG”.

Manhuaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Responsável

#### **Pesquisadores:**

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Sousa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**Adolescentes de 15 a 17 anos**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física em adolescentes de 15 a 18 anos de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Para participar, você deverá responder a quatro questionários, o primeiro para identificação quanto à idade, escola e família, e outros três relacionados à autopercepção de saúde (como você vê a própria saúde), qualidade de vida e atividade física respectivamente. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos à sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo ensino-aprendizagem da disciplina de Educação Física e auxiliar no entendimento de como você e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a atividade física.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

\_\_\_\_\_  
 Stela Maris Lemos Aguiar

\_\_\_\_\_  
 Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada “As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do município de Manhuaçu/MG”.

Manhuaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do Aluno

**Pesquisadores:**

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Sousa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Adolescentes a partir de 18 anos

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu/MG”. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física em adolescentes de 15 a 18 anos de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Para participar, você deverá responder a quatro questionários, o primeiro para identificação quanto à idade, escola e família, e outros três relacionados à autopercepção de saúde (como você vê a própria saúde), qualidade de vida e atividade física respectivamente. Os questionários serão aplicados aos alunos em sua própria sala de aula. Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a publicação do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos à sua integridade física e, quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados podem colaborar para melhoria do processo ensino-aprendizagem da disciplina de Educação Física e auxiliar no entendimento de como você e outros adolescentes percebem sua saúde e as relações entre a qualidade de vida e a atividade física.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. As pesquisadoras estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

\_\_\_\_\_  
Stela Maris Lemos Aguiar

\_\_\_\_\_  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Baseado neste termo, eu, \_\_\_\_\_, aceito participar da pesquisa intitulada “As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do município de Manhuaçu/MG”.

Manhuaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno

#### **Pesquisadores:**

Stela Maris Aguiar Lemos - Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina/UFMG

Ledsônia Gomes Santana Sousa – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG

#### **Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

**Anexo 6**

Manhuaçu, 16 de abril de 2012.

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, Patrícia Luciene Lima Fialho, autorizo a realização da pesquisa **“As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** em escolas da área urbana, que será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do **“Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência”** da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

Informo ter conhecimento de que o objetivo geral da pesquisa é investigar as relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde, e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.



Patrícia Luciene Lima Fialho

Diretora da Superintendência Regional de Ensino - Manhuaçu

### Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Mestranda

De acordo,  
  
Diretor da Instituição

*Valéria do Aquino Xavier*  
Diretora Pedagógica CTPM  
Aut.: 02/2011 - SRE

### Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Mestranda

De acordo,

*Poliana Souza Ribeiro Cota*  
Diretor da Instituição  
Poliana Souza Ribeiro Cota  
MASP: 932489-8  
Diretora Nomeada-MG - 21/01/2012

## Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Mestranda

De acordo,

*Marivaldo das Graças de S. Alexandre*  
Diretor da Instituição

Marivaldo das Graças de S. Alexandre  
Diretor Nomeado - M.G. 12/01/2012  
MASP 300.390-7

## Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*

Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Mestranda

De acordo,

  
Marcelo de Carvalho Mendes  
MASP 868.703-9  
DIRETOR NOMEADO  
“MG” 03/07/2007

Diretor da Instituição

## Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa

Mestranda

De acordo,



Diretor da Instituição

*Elaine Rodrigues Sad*  
DIRETORA AUT 321764/2011

### Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

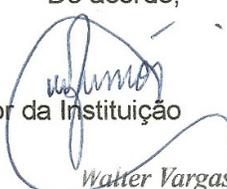
A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do **“Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência”** da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa  
Mestranda

De acordo,  
  
Diretor da Instituição  
Walter Vargas Júnior  
DIRETOR  
AUT. 348103

### Solicitação de Anuência

Sr(a) Diretor(a),

Solicitamos a autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **“As relações entre a atividade física, a autopercepção de saúde e qualidade de vida de adolescentes do Município de Manhuaçu/MG”** com os escolares matriculados no Ensino Médio da instituição sob sua direção que se enquadram na faixa etária de 15 a 18 anos de idade.

A pesquisa será desenvolvida pela estudante de pós-graduação do “Mestrado Profissional Promoção da Saúde e Prevenção da Violência” da UFMG, Ledsônia Gomes Santana de Sousa, sob orientação da professora Stela Maris Aguiar Lemos.

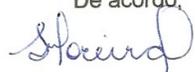
O projeto de pesquisa visa investigar as relações entre a autopercepção de saúde, qualidade de vida e atividade física de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de escolas de financiamento público e privado do Município de Manhuaçu.

Informamos que os dados serão coletados nas instalações da escola, concomitantemente com os alunos de cada sala, no horário de aula.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos necessários e agradecemos desde já disponibilidade.

*Ledsônia Gomes Santana de Sousa*  
Ledsônia Gomes Santana de Sousa  
Mestranda

De acordo,

  
Diretor da Instituição  
Sônia M. Cerqueira Moreira  
Diretora Pedagógica  
Colégio América



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

**Projeto: CAAE – 04346312.0.0000.5149**

**Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos  
Departamento de Fonoaudiologia  
Faculdade de Medicina - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 11 de julho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "**As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu - MG**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Prof. Maria Teresa Marques Amaral  
Coordenadora do COEP-UFMG**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA  
VIOLÊNCIA



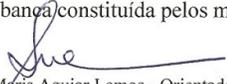
## FOLHA DE APROVAÇÃO

**AS RELAÇÕES ENTRE A QUALIDADE DE VIDA, A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU - MG**

### LEDSONIA GOMES SANTANA DE SOUSA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

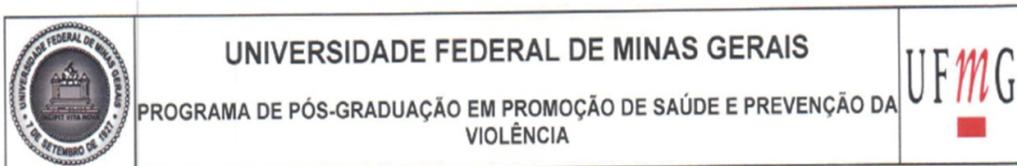
Aprovada em 01 de julho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Amélia Augusta de Lima Friche  
UFMG

  
Prof(a). Amanda Marcia dos Santos Reinaldo  
UFMG

Belo Horizonte, 1 de julho de 2013.



## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA LEDSONIA GOMES SANTANA DE SOUSA - 2011716114

Realizou-se, no dia 01 de julho de 2013, às 14:00 horas, Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *AS RELAÇÕES ENTRE A QUALIDADE DE VIDA, A AUTO PERCEPÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE FÍSICA DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE MANHUAÇU - MG*, apresentada por LEDSONIA GOMES SANTANA DE SOUSA, graduada no curso de EDUCACAO FISICA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos - Orientador (UFMG), Prof(a). Amélia Augusta de Lima Friche (UFMG), Prof(a). Amanda Márcia dos Santos Reinaldo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

- Aprovada  
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa  
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 01 de julho de 2013.

  
 Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos  
 Doutora - UNIFESP

  
 Prof(a) Amélia Augusta de Lima Friche  
 Doutora - UFMG

  
 Prof(a). Amanda Márcia dos Santos Reinaldo  
 Doutora - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO