Qualidade de vida dos estudantes de 10 a 14 anos de Picada Café, Rio Grande do Sul, Brasil

Diego Matheus Schaab
Mestre e Doutorando em Diversidade Cultural e Inclusão Social (FEEVALE)
Profissional de Educação Física (FEEVALE)
✉ diego_schaab.sss@hotmail.com

Denise Bolzan Berlese
Doutora em Diversidade Cultural e Inclusão Social (FEEVALE)
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana (UFSM)
Professora do Curso de Educação Física (FEEVALE)
✉ deniseberlese@feevale.br

Jacinta Sidegum Renner
Doutora e Mestre em Engenharia de Produção com enfase em Ergonomia (UFRGS)
Eespecialização em Saúde e Trabalho (UFRGS/CEDOP)
Professora do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social (FEEVALE)
Diretora da Qualivida Consultoria em Saúde Ltda
✉ jacinta@feevale.br

Gustavo Roese Sanfelice
Doutor em Ciências da Comunicação (UNISINOS)
Mestre em Ciência do Movimento Humano (UFSM)
Professor do Programa de Pós-Graduação Diversidade Cultural e Inclusão Social (FEEVALE)
✉ sanfeliceg@feevale.br

Recebido em 20 de maio de 2021 **Aceito em 11 de junho de 2024**

Resumo:
A qualidade de vida pode ser considerada como um fruto de ampla discussão interdisciplinar e multidimensional, está relacionada diretamente com a satisfação do sujeito, influenciada por todos os acontecimentos que permeiam o mesmo. Nesse sentido, buscou-se realizar um estudo descritivo, quantitativo e de corte transversal, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, aplicando o questionário KIDSCREEN-52 que é caracterizado como de autorrelato aplicável a crianças e adolescentes saudáveis e com doenças crônicas entre os 8 e os 18 anos de idade. De maneira geral nas dimensões de sentimentos, autopercepção, autonomia e tempo livre, família e ambiente familiar, amigos e apoio social, provocação e bullying, apresentaram escores acima de 80, as dimensões de estado emocional, aspectos financeiros, ambiente escolar e escore total ficaram abaixo do escore de 80, chamando a atenção para a dimensão de saúde e atividade física que apontou a menor média dentre as variáveis estudadas. Nota-se que o maior desvio padrão foi encontrado na dimensão de aspectos financeiros, apontando a maior diferença entre os investigados. Em conclusão, a média de escore total representa que a população estudada possui uma boa percepção de qualidade de vida, isso porque quando comparados com a literatura os escores foram elevados.
Palavras-chave: Qualidade de vida, Kidscreen-52, Saúde, Crianças, Adolescentes.

Quality of life of 10 to 14 year old students from Picada Café, Rio Grande do Sul, Brazil

Abstract:
Abstract: The quality of life can be considered as the result of a wide interdisciplinary and multidimensional discussion, it is directly related to the subject's satisfaction, influenced by all the events that permeate the same. In this sense, we sought to carry out a descriptive, quantitative and cross-sectional study, with the objective of evaluating the health-related quality of life of children and adolescents aged 10 to 14 years, applying the KIDSCREEN-52 questionnaire, which is characterized as self-report applicable to healthy children and adolescents with chronic diseases between 8 and 18 years of age. In general, in the dimensions of feelings, self-perception, autonomy and free time, family and family environment, friends and social support, provocation and bullying, they presented scores above 80, the dimensions of emotional state, financial aspects, school environment and total score remained below the score of 80, drawing attention to the dimension of health and physical activity that showed the lowest average among the variables studied. It is noted that the largest standard deviation was found in the dimension of financial aspects, pointing out the greatest difference between those investigated. In conclusion, the average of the total score represents that the studied population has a good perception of quality of life, this is because when compared to the literature, the scores were high.
Keywords: Quality of life, Kidscreen-52, Health, Kids, Teens.

Calidad de vida de estudiantes de 10 a 14 años en Picada Café, Rio Grande do Sul, Brasil

Resumen:
La calidad de vida puede ser considerada como resultado de una amplia discusión interdisciplinar y multidimensional, está directamente relacionada con la satisfacción del sujeto, influenciada por todos los eventos que permean el mismo. En este sentido, se buscó realizar un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de niños y adolescentes de 10 a 14 años, aplicando el cuestionario KIDSCREEN-52, el cual es caracterizado como autoinforme aplicable a niños y adolescentes sano y con enfermedades crónicas entre los 8 y los 18 años. En general, en las dimensiones de sentimientos, autopercepción, autonomía y tiempo libre, entorno familiar y familia, amistades y apoyo social, provocación y bullying, presentaron puntuaciones superiores a 80, las dimensiones de estado emocional, aspectos económicos, entorno escolar y el puntaje total se mantuvo abajo del puntaje de 80, destacando la dimensión de salud y actividad física que señaló el promedio más bajo entre las variables estudiadas. Se observa que la mayor desviación estándar se encontró en la dimensión de aspectos financieros, señalando la mayor diferencia entre los investigados. En conclusión, el promedio del puntaje total representa que la población estudiada tiene una buena percepción de la calidad de vida, pues al compararlo con la literatura, los puntajes fueron altos.
Palabras clave: Calidad de vida, Kidscreen-52, Salud, Niños, Adolescentes.

INTRODUÇÃO

O termo Qualidade de Vida (QV) está presente em vários discursos da sociedade contemporânea. Almeida, Gutierrez e Marques (2012) apontam que o senso comum, muitas vezes, associa-a com algo a ser alcançado, como um objeto de desejo individual dentro da

sociedade, relacionando-a à saúde e à atividade física. Portanto, parece que existe um consenso ao usar esse termo, como se fosse algo bom utilizá-lo, mesmo sem se definir exatamente do que se está falando (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Pereira, Teixeira e Santos (2012) explanam que a QV, historicamente, vem sendo trabalhada cientificamente desde os anos 70, quando as primeiras publicações começaram a ter influência nos estudos relacionados à saúde. Entretanto, o mesmo termo já aparecia em publicações médicas, por volta da década de 30. Nesse sentido, a crescente preocupação direta com as questões relacionadas à QV busca realizar um movimento, dentro das ciências humanas e biológicas, a fim de valorizar mais os aspectos gerais, uma vez que, historicamente, a QV era conferida como apenas um objeto da saúde, e hoje sabe-se que uma série de fatores se interliga com o tema para criar uma avaliação ou perfil social (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012; SEIDL; ZANNON, 2004).

Nessa perspectiva, a QV pode ser tratada de olhares diferentes, seja pela ciência, pelo senso comum, pelas diversas disciplinas que estudamos, pelo ponto de vista objetivo ou subjetivo, em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando vista de maneira ampla, é o tema que compreende das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, além de carregar, em seu principal conceito, a promoção da saúde com um foco mais acentuado, refletindo conhecimentos, experiências, valores de indivíduos, coletividades que se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Gaspar e Matos (2008) apontam, nesse sentido, que identificar o estado da saúde de uma população é um dos principais desafios dessa área. Inclusive, a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) foi recentemente introduzida na epidemiologia a fim de identificar a percepção de saúde, que consequentemente, fornece dados para uma base de planejamento, avaliação e futuras intervenções.

Nesse prisma, o instrumento utilizado para este estudo, o KIDSCREEN-52, busca avaliar a QVRS de crianças e adolescentes foi desenvolvido no continente europeu e caracteriza-se por ser um instrumento de autorrelato aplicável a crianças e adolescentes saudáveis e com doenças crônicas entre os 8 e os 18 anos de idade (GASPAR; MATOS, 2008; THE KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

O estudo desenvolveu-se na cidade de Picada Café, município localizado no pé da Serra Gaúcha. Estima-se que, em 2020, segundo o IBGE, a cidade possui 5.738 habitantes. Começou a ser ocupada pelas famílias imigrantes da Alemanha, após a retomada da imigração, interrompida entre os anos de 1830 e 1845. Elas trouxeram como bagagem valores culturais que posteriormente foram adaptados com as características físicas encontradas naquela nova região, caracterizando, assim, a identidade local, que até hoje ainda é legado (FLORES, 2004).

Por ser um município de pequeno porte, as intervenções escolares e familiares têm grande impacto no modo de vida dos sujeitos, convém destacar a grande influência que a família, a escola, os colegas e a sociedade exercem sobre o modo de vida dos escolares, podendo auxiliar no seu desenvolvimento positivo ou negativo (D'AVILA *et al.*, 2016).

A amostra foi composta por escolares entre 10 e 14 anos, que estão passando por um período de transição, entre a terceira infância e a adolescência, apresentando características marcantes no crescimento físico e na mudança do corpo (PAPALIA; FELDMAN, 2013). A respeito disso, a OMS nos diz que as rápidas mudanças biológicas afetam vários aspectos de vida dos adolescentes, marcando esse período único, muitas vezes afetando as bases da boa saúde e o desenvolvimento físico e cognitivo adulto (OMS, 2014).

Nessa perspectiva, torna-se relevante pesquisar a QV e as suas dimensões associadas, uma vez que os indicadores médicos tradicionais não detectam os impactos diários oriundos da desordem social, e o ambiente em que essas crianças e adolescentes desenvolvem-se influencia diretamente na sua QV. Ademais, o instrumento de autorrelato aplicável proposto para o estudo busca avaliar a QV subjetiva desses jovens, norteando-se com o objetivo de avaliar as 10 dimensões que compõem o protocolo do KIDSCREEN-52, de maneira que seja possível identificar as diferenças das escolas, sexo, idades e turmas. A seguir, passamos a apresentação do método de pesquisa utilizado.

MÉTODO

O presente artigo caracteriza-se como do tipo descritivo, quantitativo e de corte transversal. Nessa perspectiva, a pesquisa foi realizada em duas escolas de Ensino Fundamental, respectivamente Santa Joana Francisca e 25 de Julho, ambas localizadas na

cidade de Picada Café, na encosta da Serra Gaúcha, no interior do Rio Grande do Sul, Brasil.

Os dados foram coletados com todas as turmas de 5º a 9º ano de ambas as escolas, após a assinatura do TCLE pelos familiares (Apêndice B), e TCLE para menores (Apêndice A), com anuência dos adolescentes, de acordo com as determinações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A presente pesquisa foi avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Feevale, sob o número de protocolo: 25821719.9.0000.5348.

Como critério de inclusão, adotaram-se adolescentes de ambos os sexos, que estavam residindo em Picada Café, matriculados nas turmas de 5º ao 9º ano das escolas municipais, que possuíssem entre 10 e 14 anos de idade e que os pais ou responsáveis consentiram na participação do estudo. Como critério de exclusão, adotaram-se jovens que não se encontravam na faixa de idade pesquisada, escolares que tivessem residência em outras cidades e que os pais não tenham consentido com os termos de pesquisa propostos pelo TCLE.

A amostra total disponível de ambas as escolas e dentro dos critérios de inclusão era de 230 alunos. Inicialmente, realizamos o cálculo de perda amostral, prevendo 95% de confiabilidade e 3% de margem de erro, assim seriam necessários o mínimo de 190 questionários para compor uma amostra de pesquisa mais fidedigna. Com a grande adesão dos investigados ao estudo, foi possível coletar 105 questionários na escola Santa Joana e 103 na escola 25 de Julho. Nesse sentido, a presente pesquisa teve o total de 208 sujeitos participantes, o que elevou o nível de confiabilidade para o grau de 99% e a margem de erro permaneceu em 3%.

Tabela 1 - Amostra coletada

	SANTA JOANA					**25 DE JULHO**				
TURMA	5º	6º	7º	8º	9º	5º	6º	7º	8º	9º
	21	23	23	18	20	21	22	17	27	16
IDADE	10	11	12	13	14	10	11	12	13	14
	20	25	22	15	23	19	24	17	23	20
SEXO	MASCULINO			FEMININO		MASCULINO			FEMININO	
	53			52		60			43	
TOTAL	105			50,5%		103			49,5%	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para coleta de dados, utilizamos o protocolo do KIDSCREEN-52, desenvolvido no continente europeu, que busca avaliar a saúde subjetiva e o bem-estar das crianças e adolescentes. Seu desenvolvimento ocorre no âmbito do projeto europeu *"Screening and Promotion for Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents – A Europen Public Health Perspective"*, criado pela comissão europeia e adaptado para português pela equipe do projeto Aventura Social (GASPAR; MATOS, 2008; THE KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006).

Os procedimentos de coleta de dados ocorreram de maneira contínua por 18 dias. No primeiro dia, foi enviado para casa, com os escolares, os termos de participação do estudo, para que seus responsáveis autorizassem-na. Ficou combinado com os jovens que trouxessem a autorização o mais rápido possível e, para tanto, o pesquisador responsável foi todos os dias para a escola recolher a documentação. Após grande parte da turma ter entregado os documentos, marcamos a data de coleta com os escolares em sala de aula. Não foi necessário remarcar as datas de coleta. Os participantes receberam instruções para o preenchimento do questionário e os dados foram coletados na própria sala de aula durante o mês de fevereiro/março de 2020.

A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, verificando-se medidas de dispersão e percentual, com tabulação dos dados primários em planilha SPSS, versão 26.0. Para testar a normalidade dos dados, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados testados apresentaram distribuição normal e sua análise foi não paramétrica. Nesse sentido, a fim de comparar as variáveis, foi utilizado o teste t de *Student* para duas amostras independentes e Anova para 2 ou mais amostras independentes. Adotou-se $p \leq 0,05$ para diferença significativa. A seguir, passamos a apresentação e discussão dos resultados.

RESULTADOS

A partir dos resultados encontrados nas duas escolas, verificou-se que os alunos possuem perfis diferentes e características distintas. A tabela 02 explana as médias gerais dos escores da QV, o número total dos investigados, os valores mínimos e máximos encontrados para cada dimensão e o desvio padrão.

Tabela 2 - Média Geral e Desvio Padrão das dimensões do KIDSCREEN-52

DIMENSÕES	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Saúde e Atividade física	208	40,00	88,00	67,42	11,16
Sentimentos	208	33,33	100,00	82,00	14,61
Estado Emocional	208	22,86	100,00	76,84	16,52
Autopercepção	208	28,00	100,00	83,28	14,68
Autonomia e Tempo Livre	208	32,00	100,00	80,09	15,90
Família e Ambiente Familiar	208	20,00	100,00	84,55	15,08
Aspectos Financeiros	208	20,00	100,00	70,32	20,66
Amigos e Apoio social	208	26,67	100,00	81,63	13,98
Ambiente Escolar	208	33,33	100,00	75,64	15,62
Provocação e *Bullying*	208	33,33	100,00	85,16	16,35
Escore Total	208	50,48	97,07	78,69	9,97

Fonte: dados da pesquisa.

As maiores médias de escores foram obtidas nas dimensões de sentimentos, autopercepção, autonomia e tempo livre, família e ambiente familiar, amigos e apoio social, provocação e *bullying*, todas com escores acima de 80. Estado emocional, aspectos financeiros, ambiente escolar e escore total ficaram abaixo do escore de 80, chamando a atenção para a dimensão de saúde e atividade física que apontou a menor média, apenas 67,42. Nota-se que o maior desvio padrão foi encontrado na dimensão de aspectos financeiros, apontando a maior diferença entre os investigados. Entretanto, a dimensão de escore total apresentou o menor desvio padrão, que, por sua vez, está associada à QV dos escolares.

No decorrer do estudo, serão apresentadas as 10 dimensões com maior ênfase em suas características únicas e distintas. A tabela a seguir apresenta as médias dos escores e o desvio padrão comparado entre os sexos e entre as escolas onde a pesquisa foi realizada.

Tabela 3 - Médias e Desvio Padrão entre os sexos e escolas

DIMENSÕES	SEXO	Nº	Média	DP	ESCOLA	Nº	Média	DP
Saúde e Atividade Física – D1	1	113	69,3*	10,6	3	105	68	11,2
	2	95	65,2*	11,4	4	103	66,8	11,1
Sentimentos – D2	1	113	84,2*	12,4	3	105	82,7	14,9
	2	95	79,4*	16,5	4	103	81,3	14,4
Estado Emocional – D3	1	113	80*	14	3	105	77,5	17,4
	2	95	73*	18,5	4	103	76,2	15,6
Autopercepção – D4	1	113	86,3*	11,6	3	105	83,5	13,5
	2	95	79,6*	17	4	103	83,1	15,8
Autonomia e Tempo Livre – D5	1	113	82,3*	15,6	3	105	81,6	15,5
	2	95	77,4*	16	4	103	78,6	16,2
Ambiente Familiar – D6	1	113	86,7*	12,7	3	105	86,5	14,4
	2	95	82*	17,2	4	103	82,5	15,5
Aspectos Financeiros – D7	1	113	71,4	20	3	105	71	20,3
	2	95	69	21,3	4	103	69,6	21,1
Amigos e Apoio Social – D8	1	113	80,7	15	3	105	83,5*	12,8
	2	95	82,7	12,7	4	103	79,7*	14,9
Ambiente Escolar – D9	1	113	74,3	15,7	3	105	77,1	16,2
	2	95	77,2	15,4	4	103	74,1	14,9
Provocação e *Bullying* – D10	1	113	85,1	16,6	3	105	87,4*	16,2
	2	95	85,2	16,2	4	103	82,9*	16,3
Escore Total	1	113	80*	8,7	3	105	79,9	9,6
	2	95	77,1*	11,1	4	103	77,5	10,2

*Onde 1 = masculino, 2 = feminino, 3 = Escola Santa Joana, 4 = Escola 25 de Julho, DP = desvio padrão, * Teste t de* Student *p ≤0,05.*
Fonte: Elaborado pelos autores.

Observa-se que o sexo masculino, quando comparado com o sexo feminino, apresentou maiores escores nas dimensões D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7 e no escore total. O sexo feminino apresentou maiores escores nas dimensões D8, D9 e D10. Aponta-se que, quando comparadas entre os sexos, as variáveis que o sexo masculino obteve o melhor resultado apresentaram diferença significativa, com a exceção da D7. Quando comparados entre as escolas, identifica-se que, em todas as dimensões, a escola Santa Joana obteve maiores escores de QV, apontando diferença significativa nas dimensões D8 e D10.

As tabelas seguintes apresentam as 10 dimensões e o escore total do KIDSCREEN-52. Foram comparados os dados entre as idades e entre as turmas das escolas investigadas e, para melhor apresentar os dados, foram agrupadas em tabelas por dimensões.

Tabela 4 - Médias e Desvio Padrão do Escore Total

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Escore total	10	39(18,8)	82±DP10*	5º	42(20,2)	82,2±DP9,9*
	11	49(23,6)	81,7±DP8,7*	6º	45(21,6)	81,6±DP8,7*
	12	39(18,8)	79,1±DP7,9*	7º	40(19,2)	79,8±DP7,9*
	13	38(18,3)	77,1±DP9,7	8º	45(21,6)	76,3±DP10
	14	43(20,7)	73,3±DP10,9	9º	36(17,3)	72,6±DP10,3

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP= desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir, passamos para a discussão da tabela 05, que trata da dimensão de Saúde e Atividade Física.

Tabela 5 - Médias e Desvio Padrão da Saúde e Atividade Física

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Saúde e Atividade Física	10	39(18,8)	66,3±DP11,1*	5º	42(20,2)	66,6±DP11,1*
	11	49(23,6)	70,9±DP11*	6º	45(21,6)	71,4±DP10,1*
	12	39(18,8)	69,9±DP8,9*	7º	40(19,2)	70,6±DP9,2*
	13	38(18,3)	68,2±DP11,8*	8º	45(21,6)	67±DP11,7*
	14	43(20,7)	61,4±DP10,5	9º	36(17,3)	60,4±DP9,7

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP = Desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir, passamos para a discussão da tabela 06, que trata das dimensões de Sentimentos, Estado Emocional e Autopercepção.

Tabela 6 - Médias e Desvio Padrão Sentimentos/Estado Emocional/Autopercepção

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Sentimentos	10	39(18,8)	86,6±DP14,9*	5º	42(20,2)	87,1±DP14,5*
	11	49(23,6)	87,1±DP13,1*	6º	45(21,6)	86,4±DP13,7*
	12	39(18,8)	82,1±DP11,7*	7º	40(19,2)	84,2±DP11*
	13	38(18,3)	82,2±DP10,5	8º	45(21,6)	80,4±DP11,4
	14	43(20,7)	71,7±DP16,5	9º	36(17,3)	70,1±DP16,6
Estado Emocional	10	39(18,8)	83,4± DP13,1*	5º	42(20,2)	82,9±DP13,7*
	11	49(23,6)	80±DP14,4*	6º	45(21,6)	82,8±DP12,2*
	12	39(18,8)	77,9±DP14,6*	7º	40(19,2)	77,6±DP15,4*
	13	38(18,3)	74,4±DP15,5	8º	45(21,6)	72,2±DP15,5
	14	43(20,7)	67,4±DP19,7	9º	36(17,3)	67,1±DP20,7
Autopercepção	10	39(18,8)	90±DP11,4*	5º	42(20,2)	90,8±DP11,2*
	11	49(23,6)	86,3±DP12,6*	6º	45(21,6)	86,1±DP13*
	12	39(18,8)	84,2±DP 14*	7º	40(19,2)	84,2±DP14*
	13	38(18,3)	78,1±DP15,7	8º	45(21,6)	79,4± DP14,8
	14	43(20,7)	76,6±DP15,3	9º	36(17,3)	74,8± DP15,7

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP = Desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir passamos para a discussão da tabela 07, que trata as dimensões de Autonomia e Tempo Livre, Amigos e Apoio social.

Tabela 7 - Médias e Desvio Padrão da Autonomia e Tempo Livre/Amigos e Apoio social

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Autonomia e Tempo Livre	10	39(18,8)	84,2±DP15,2*	5º	42(20,2)	85± DP15*
	11	49(23,6)	83,3±DP15,3*	6º	45(21,6)	82,7± DP15,7*
	12	39(18,8)	82,8±DP12,8*	7º	40(19,2)	83,7± DP11,9*
	13	38(18,3)	79,8±DP14,2	8º	45(21,6)	78± DP16,8
	14	43(20,7)	70,5±DP17,8	9º	36(17,3)	69,7± DP15,5
Amigos e Apoio social	10	39(18,8)	80±DP18,5	5º	42(20,2)	80,5± DP18,5
	11	49(23,6)	83,9±DP12,2	6º	45(21,6)	83,5± DP11,8
	12	39(18,8)	81,7±DP10,2	7º	40(19,2)	82,8± DP10,1
	13	38(18,3)	82,4±DP13,9	8º	45(21,6)	82,6± DP13,4
	14	43(20,7)	79,8±DP14,5	9º	36(17,3)	77,9± DP14,8

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP = Desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir, passamos para a discussão da tabela 08, que trata das dimensões de Ambiente Familiar e Aspectos Financeiros.

Tabela 8 - Médias e Desvio Padrão Ambiente Familiar/Aspectos Financeiros

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Ambiente Familiar	10	39(18,8)	88,5±DP14,3*	5º	42(20,2)	88,9±DP13,8*
	11	49(23,6)	88,2±DP15,1*	6º	45(21,6)	87,5±DP 15,5*
	12	39(18,8)	84,3±DP14,6*	7º	40(19,2)	85,6±DP 14,6*
	13	38(18,3)	83±DP14,3	8º	45(21,6)	82,1±DP14,4
	14	43(20,7)	78,4±DP15,2	9º	36(17,3)	77,7±DP15,1
Aspectos Financeiros	10	39(18,8)	68,5±DP20	5º	42(20,2)	68,9±DP19,7
	11	49(23,6)	70,6±DP20,1	6º	45(21,6)	70,5±DP21,6
	12	39(18,8)	71,3±DP17,3	7º	40(19,2)	70,7±DP18,3
	13	38(18,3)	67,7±DP21,7	8º	45(21,6)	68,4±DP21,9
	14	43(20,7)	73±DP23,1	9º	36(17,3)	73,7±DP22,1

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP = Desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

A seguir, passamos para a discussão da tabela 09, que trata das dimensões de Ambiente Escolar e Provocação e *Bullying*.

Tabela 9 - Médias e Desvio Padrão Ambiente Escolar/Provocação e Bullying

DIMENSÕES	I	Nº(%)	Média±DP	T	Nº(%)	Média±DP
Ambiente Escolar	10	39(18,8)	84,2±DP16,2*	5º	42(20,2)	84,2±DP16*
	11	49(23,6)	84,6±DP11,2*	6º	45(21,6)	84,5±DP11,5*
	12	39(18,8)	72,9±DP11,7*	7º	40(19,2)	75±DP12*
	13	38(18,3)	69,6±DP15,4	8º	45(21,6)	68,4±DP15
	14	43(20,7)	65,6±DP13,5	9º	36(17,3)	65,5±DP12,9
Provocação e *Bullying*	10	39(18,8)	87,5±DP16	5º	42(20,2)	87,3±DP16,1
	11	49(23,6)	81,1±DP18,9	6º	45(21,6)	80,9±DP19,2
	12	39(18,8)	83,8±DP17	7º	40(19,2)	84,5±DP16,8
	13	38(18,3)	85,9±DP15,2	8º	45(21,6)	84,6±DP15,4
	14	43(20,7)	88,4±DP13,4	9º	36(17,3)	89,4±DP12,3

Onde *= Teste Anova p≤0,05, I= Idade, T= Turma e DP = Desvio padrão
Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÕES

Sobral *et al.* (2015) ao realizarem estudo exploratório na cidade de Recife, com 86 adolescentes, apontam que obtiveram maiores escores, quando comparados com este estudo, nas dimensões de Saúde e Atividade Física (77,86), Sentimentos (86,01), Autonomia e Tempo Livre (80,65), Ambiente Escolar (79,10), Provocação e *Bullying* (85,59), chamando a atenção para os níveis da dimensão de saúde e atividade física, onde a diferença foi a maior encontrada, respectivamente escores de 77,86 e 67,42. Em contrapartida, todas as dimensões deste estudo apresentaram menor desvio padrão quando comparados com a pesquisa dos autores.

Um estudo realizado por Romero-Oliva *et al.* (2017) buscou investigar a QV de 1151 jovens nativos e imigrantes nos países de Espanha e Portugal. A maior diferença em comparação com o presente artigo foi encontrada na dimensão de aspectos financeiros, onde os jovens nativos de Portugal apresentam média de escore de 80,11, seguidos pelos nativos da Espanha, com 76,76. Já os imigrantes investigados apresentam as respectivas médias de 78,93 e 71,47, todos apresentando resultados acima dos encontrados neste estudo. Aponta-se, também, que os jovens aqui investigados obtiveram uma média de escore total maior que as dos sujeitos europeus, em que nativos de Portugal chegaram a valores de 77,75, nativos da Espanha 77,31, imigrantes portugueses 77,19 e imigrantes espanhóis 73,90.

A dimensão da saúde apresenta a menor média geral encontrada e diversos fatores podem estar associados a esse resultado: obesidade, sedentarismo, falta de práticas físicas, má alimentação, entre outros. Nesse sentido, como referido anteriormente, os adolescentes estão passando por um processo de transição, com diversas mudanças corporais. O evento da menarca, exclusivamente no sexo feminino, por exemplo, acontece em 3 fases, pré, pós e durante. Ao avaliarem 361 mulheres que se encontravam no período da menarca, concluem que todos os componentes da QV são afetados, tendo como base a evidência dessa variação hormonal, responsável pelas alterações psicológicas, emocionais e físicas do sexo feminino, com pico das alterações no período da pós-menarca (MASTORCI *et al.*, 2020a).

A adolescência é considerada uma fase preditora da saúde para a futura vida dos jovens, podendo apresentar bons níveis de saúde, ou pelo surgimento de fatores de risco, que podem ter consequências a longo prazo para a saúde e o bem-estar dos adolescentes. Fatores como o estilo de vida, habilidades mentais, contexto social e emocional fornecem uma

perspectiva do bem-estar e da saúde, com base no trabalho integrado da escola, família e sociedade, com o objetivo em comum de proteger a saúde dos sujeitos (MASTORCI *et al.*, 2020b).

As questões relacionadas ao corpo implicam, também, nas demais dimensões da QV. Em um estudo realizado com 570 jovens, foi possível observar que, em sua grande maioria, as questões da imagem corporal implicaram no ambiente escolar, gerando provocações, piadas de mal gosto e má relação com o ciclo de amigos. Independente do sexo, as ações estavam relacionadas aos obesos, com sobrepeso e com os que apresentavam desnutrição (SILVA *et al.*, 2020).

Em um estudo realizado por Carneiro *et al.* (2017), foi possível verificar que a obesidade e o peso corporal são uma pandemia global, por isso reitera-se a necessidade de novas políticas públicas com eficiência na promoção da saúde e mudanças no estilo de vida de adolescentes, focando na educação nutricional, atrelada a práticas de atividade física regular, para promover a prevenção de doenças crônicas e outras que venham influenciar na vida adulta dos sujeitos.

Ao avaliar os resultados entre as duas escolas investigadas, salienta-se que ambas trabalham na mesma linha, uma vez que apenas apresentam diferença estatística nas dimensões D8 e D10, onde *p* foi ≤0,05. Entretanto, essas dimensões podem causar impactos sobre as outras, considerando que a dimensão D10 e a D8 estão relacionadas a impactos cognitivos que o sujeito vítima dessas atitudes venha a desenvolver e a escola, como espaço de aprendizagem e desenvolvimento dos indivíduos, necessita da discussão, adentrando nessas áreas.

O estudo de Bica *et al.* (2020) corrobora em partes com o presente artigo, apontando que o sexo masculino obteve maiores escores em todas as dimensões, com exceção para a D9, onde o sexo feminino se mostrou melhor avaliado. Ao comparar somente o sexo masculino com os dados desta pesquisa, o estudo apresentou maiores escores na D1, D3, D5, D7, D8, D10 e no escore total. Quando comparados os dados do sexo feminino com os achados presentes, apontam-se maiores escores na D1, D2, D6, D7, D10 e no escore total. Nesse sentido, chama-se a atenção para a boa percepção de QV das 567 crianças e adolescentes investigados no estudo (BICA *et al.*, 2020).

Martins e Oliveira (2017) apontam que o sexo masculino obteve maiores resultados nas dimensões D1, D3, D4, D5, D7 e D8, quando comparadas com o sexo feminino, corroborando em partes com os dados aqui apresentados. Nesse sentido, chama-se a atenção para as dimensões D6, D9 e D10, em que os dados encontrados mostram escores iguais para os dois sexos e também escores mais altos quando comparados ao sexo feminino desta pesquisa.

As diferenças na percepção entre os sexos são apontadas na literatura estudada. A grande maioria dos estudos discutidos neste artigo apontam elevados escores para o sexo masculino, entretanto, a dimensão de ambiente escolar D9 explana que o sexo feminino obtém maiores resultados nessa variável investigada. Segundo o protocolo do KIDSCREEN-52, quer dizer que o sexo feminino está satisfeito com a escola, apresentando boa capacidade e apreciando a vida escolar.

O estudo de Mota *et al.* (2019) revelou que os adolescentes do sexo feminino apresentam as maiores médias relacionadas aos problemas de saúde, psíquicos, sociais e comportamentais, já o sexo masculino apresentou maiores médias de problemas relacionados à escola. Por sua vez, as adolescentes obtiveram maiores chances de convivência com os pais e maior nível de escolaridade.

Nesse sentido, o senso escolar (BRASIL, 2019) aponta a taxa de distorção de idade-série, buscando expressar o percentual de alunos, em cada série, com idade superior à idade recomendada. O sexo feminino apresentou valores menores quando comparados ao masculino, principalmente nas séries de 6º ano do ensino fundamental e no 1º ano do ensino médio.

A faixa de idade média nas turmas de 6º ano do Ensino Fundamental é entre 11 e 12 anos. Esses jovens estão passando por um grande processo de desenvolvimento, descobrindo seu corpo e recebendo diversas cargas hormonais, podemos sinalizar como o início da adolescência, período esse que se encontra dentro do ciclo proposto pela OMS (2014).

Nesse prisma, as dimensões D4 e D6 chamam a atenção, pois estão relacionadas com a imagem corporal e com os sentimentos no ambiente familiar, que por sua vez, vão de encontro com a adolescência e o processo de mudança do corpo nessa faixa de idade.

O estirão de crescimento na adolescência está marcado por um processo de maturação sexual ou amadurecimento dos órgãos reprodutores, acontece no sexo masculino e no sexo feminino e, de modo geral, tem duração aproximada de 2 a 4 anos (BEE; BOYD, 2011; FERNANDES, 2015). O papel da família, escola e amigos dentro desse processo é de suma importância, pois os jovens necessitam de conversas, conselhos e ajuda. A mudança em seus corpos é notória, pode ser rápida ou lenta, grande ou pequena, afetando positivamente ou negativamente o seu desenvolvimento.

Ainda nessa perspectiva, o sexo feminino apresenta menores escores nas dimensões D2, D3, D4 e D6, todas relacionadas entre elas. Assim, quando a percepção do bem-estar psicológico, de sentimentos e emoções depressivas, a aceitação de si próprio e a relação com os pais apresenta valores menores, essa adolescente menina vai buscar apoio com o círculo de amigos e o ambiente familiar, pressupostos campos de maior igualdade e segurança dentro do contexto do jovem, respectivamente nas dimensões com maiores escores: D8 e D9.

Os resultados da dimensão de Saúde e Atividade Física apontam para a diferença estatística, mostrando que o sexo masculino possui um maior nível de atividade, energia e aptidão física. O teste t de *Student* apontou o $p \leq 0,05$ para essa dimensão. Moura *et al.* (2018) e Cheng *et al.* (2020) reforçam os dados de que o sexo masculino tem maiores interesses por aulas de educação física e melhor aptidão física, além de procurarem a prática de esportes no contra turno escolar, corroborando com os achados deste estudo. As escolas, em princípio, oferecem a igualdade e o poder de escolha aos alunos que queiram participar das oficinas do contra turno escolar, além da oferta das aulas de educação física a todos.

A partir da tabela 04, observa-se que as idades de 10 a 12 anos e as turmas de 5º ao 7º ano apresentam maiores escores em relação ao escore total. Quando comparados aos estudos de Bica *et al.* (2020), Martins e Oliveira (2017) e Guedes *et al.* (2014) o mesmo se repete. Nesse sentido, os dados apresentam diferença estatística quando analisados com as demais variáveis de idade e turma. O escore total busca realizar a média entre todas as dimensões avaliadas e reitera-se que, ao comparar os dados com a literatura explanada, os resultados aqui encontrados são relevantes. Observa-se, também, que quanto menor for o grau de escolarização, maior é o escore total da QV.

A escola pode ser caracterizada como o maior espaço social de discussão disponível para os adolescentes. Silva, Mello e Carlos (2010) apontam que, com relação à participação

dos jovens em discussões de educação à saúde ou questões sociais, a maioria deles ainda se limita a ser apenas ouvintes. Porém, o protagonismo juvenil tende a auxiliar na evolução e na transição dos educandos, sendo possível inverter esses papéis, envolvendo os sujeitos com o processo, de maneira total, para a solução dos problemas enfrentados na escola, família e vida social.

Mendes, Piccoli e Quevedo (2014) apresentam, em seu estudo, resultados inferiores aos escores apresentados nesta pesquisa (69,7). Ela foi realizada em Campo Bom, com jovens de 14 anos. Nesse prisma, é possível explanar que os jovens de 14 anos que obtiveram a menor média no escore total, quando comparados às idades de 10 a 13 anos, apresentaram um escore total satisfatório em relação ao estudo supracitado, representando uma boa QV percebida.

Esse processo de evolução dos escolares, seja de idade para idade, ou de turma para turma, tem relação forte com o espaço escolar e suas respectivas metodologias. Todas as escolas são diferentes, dessa forma o estudo atual aponta a diferença entre os sexos e entre as escolas. Mesmo que sejam de uma mesma rede ou geridas por um mesmo grupo, são os sujeitos do espaço que precisam ser valorizados e incentivados, para saírem do *status* de problema e virarem a solução (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010).

Um estudo realizado por Guedes *et al.* (2017) buscou investigar a QV de 1357 adolescentes em 3 cidades latino-americanas, respectivamente, Tucumán (Argentina), Londrina (Brasil) e Valparaíso (Chile). Em todas as cidades, os valores de escore total foram inferiores aos achados neste estudo, corroborando com os achados de Bica *et al.* (2020), Martins e Oliveira (2017), Guedes *et al.* (2014), Mendes, Piccoli e Quevedo (2014) e Romero-Oliva *et al.* (2017).

A dimensão de saúde e atividade física apresenta maiores médias na idade de 11 anos e na turma de 6º ano, entretanto, os demais escores obtidos são valores baixos aos comparados com a literatura de Mendes, Piccoli e Quevedo (2014), Martins e Oliveira (2012), Sobral *et al.* (2015), Bica *et al.* (2020) e Guedes *et al.* (2014). Se analisados com os dados gerais apresentados na tabela 01, explana-se que essa é a dimensão com menores valores de escore obtidos, mostrando diferença significativa quando comparados à idade de 14 anos e a turma de 9º ano. Na tabela, fora destacado na cor cinza escuro.

Com o corpo do jovem em desenvolvimento, diversas características estão ligadas à saúde dos sujeitos. As dores, por exemplo, sinalizam a mudança do organismo, a chegada da puberdade, a mudança nos órgãos genitais e na silhueta do corpo, impulsionados pelos picos hormonais, caracterizando a fase de mudanças, o começo da entrada na vida adulta. Nesse momento, a influência posta pelos aspectos socioculturais adotados pela sociedade faz relacionar o corpo modelo ao padrão ideal (BEE; BOYD, 2011; FERNANDES, 2015).

Como citado anteriormente neste estudo, a dimensão de saúde e atividade física apresentou menores escores quando comparada à literatura e as outras dimensões avaliadas. Nessa perspectiva, as determinantes de saúde e doença estão presentes no campo social e psicológico. Na adolescência, em princípio, envolve a fase de construção de identidade, levando a comportamentos distintos e permitindo a vivência de experimentações e transformações, de forma que o sujeito já está moldando os seus atributos e atitudes para o futuro (AGATHÃO; REICHENHEIM; MORAES, 2018).

O estudo de Muros *et al.* (2017) explana que a atividade física é o componente da QVRS que tem maior impacto perante os índices de avalição, assim, considera que indivíduos com níveis de índice de massa corporal elevados têm menores escores de QVRS, indo ao encontro dos achados de D'avila *et al.* (2019), que apresenta participantes obesos com menores escores de QV. Lembrando, aqui, que a população de crianças e adolescentes no Brasil passou por uma fase de transição nutricional, quando os índices de desnutrição foram reduzidos e o sobrepeso e a obesidade alcançaram índices epidêmicos (BERLESE, 2015).

O senso realizado pelo IBGE (2010) aponta que, nos adolescentes, o sobrepeso aumentou seis vezes para homens e três vezes para as mulheres, seguindo um aumento contínuo entre os anos de 1974/2009, chegando ao aumento de 21,7% no sexo masculino e 19% no sexo feminino. Nessa perspectiva, o estudo mundial, proposto por NCD-RISC (2017), que busca avaliar 128,9 milhões de participantes entre 5 e 19 anos, caracterizado como o estudo epidemiológico com maior número de participantes, aponta que o número de obesos cresceu mais de dez vezes, de 11 milhões, em 1975, para 124 milhões, em 2016.

As dimensões de Sentimentos, Estado Emocional e Autopercepção apresentam diferença estatística, marcadas na cor cinza escuro, quando comparadas as idades de 10 a 12 com as idades de 13 a 14 anos, respectivamente, entre as turmas de 5º a 7º ano com as turmas

de 8º e 9º. Nesse sentido, chama-se a atenção à média do estado emocional na idade de 14 anos e a turma de 9º ano, que apresentaram os menores escores, sinalizado na cor cinza claro.

Em um estudo realizado por Sobral *et al.* (2015) com 86 jovens que se encontravam em situação de vulnerabilidade social e possuíam idade entre 12 e 18 anos, os resultados achados nas dimensões de sentimentos (escore 86,01) e estado emocional (escore 74,50) foram maiores que os resultados obtidos nas idades de 12 a 14 na presente pesquisa. Entretanto, a dimensão de autopercepção (escore 72,62) mostrou-se com escores inferiores quando comparada com todas as idades deste estudo.

Ao comparar os dados com o estudo de Mendes, Piccoli e Quevedo (2014), encontrou-se uma grande diferença do escore na dimensão de Estado Emocional (50,9) e Autopercepção (69,0). O estudo buscou avaliar jovens de 14 anos de uma escola de Ensino Fundamental, entretanto, na dimensão de Sentimentos (78,6), os resultados do estudo referido anteriormente obtiveram maiores médias quando comparados à idade de 14 anos do presente estudo.

Rezende, Lemos e Medeiros (2017) concluem, em seu estudo, que sujeitos com menor escore na dimensão de autopercepção estão associados a um baixo desempenho escolar, que, por sua vez, está relacionado com as características sociodemográficas. Os autores explanam que a saúde das crianças e adolescentes percebidas por elas mesmas é um indicador diretamente ligado com seus contextos socioculturais, sistemas de valores, expectativas e interesses, atrelados a sua vida extracampo escolar.

O jovem passa por diversas aprendizagens no período da adolescência, as redes sociais, por exemplo, são mecanismos com diversos conteúdos, muitas vezes impróprios para a idade deles, ou que induzem os adolescentes a padrões de vida e de consumos.

A dimensão de Autonomia e Tempo Livre aponta para diferença significativa sinalizada na tabela com a cor cinza escura, nos dados das idades de 10 a 12 e nas turmas de 5º ao 7º ano, quando comparadas às idades de 13 e 14 e as turmas de 8º e 9º ano. Aponta-se, também, que a dimensão de Amigos e Apoio Social não apresentou diferença entre as idades.

Nesse sentido, o estudo proposto por Pires *et al.* (2018) buscou analisar 588 jovens de uma escola particular, explanando, assim, resultados maiores na dimensão de Amigos e Apoio

Social, porém, na dimensão de Autonomia e Tempo Livre, os resultados do presente estudo foram considerados maiores, o que se repetiu quando comparados aos estudos de Bica *et al.* (2020) e Martins e Oliveira (2012).

As duas dimensões em si estão relacionadas à adolescência e os escolares, uma vez que, durante o processo de evolução, principalmente na faixa de idade estudada, os jovens têm contato direto com colegas e amigos. Nessa perspectiva, Nodari *et al.* (2016) afirmam a significativa participação da internet como uma das principais formas de sociabilidade e interpretação entre esses jovens, independentemente de sua classe social ou gênero.

Nessa perspectiva, as tecnologias podem ser ferramentas de uso benéfico na promoção da saúde nos jovens adolescentes, principalmente quando tratada nas redes sociais, auxiliando e norteando práticas saudáveis para contribuir com a QV dos indivíduos, impactando nas diversas dimensões aqui explanadas (GARRIDO; MORA, 2019). Na dimensão de Ambiente Familiar, os resultados encontrados apresentam diferença significativa quando comparados aos dados das idades de 13 e 14 anos, respectivamente, nas turmas de 8º e 9º ano. Nessa perspectiva, a dimensão de Aspectos Financeiros não apresentou diferença estatística, mostrando uma homogeneidade na população estudada.

Nos estudos de Bica *et al.* (2020), Pires *et al.* (2018), Mendes, Piccoli e Quevedo (2014), Sobral *et al.* (2015), Romero-Oliva *et al.* (2017) e Martins e Oliveira (2012), os dados explanados pelos referidos na dimensão de Ambiente Familiar foram inferiores aos apontados na pesquisa atual. Nesse sentido, observa-se uma boa percepção na relação de ambiente familiar que os sujeitos investigados possuem.

Esses resultados remetem ao bom trabalho realizado em conjunto, entre escola como ambiente de discussão e as famílias dos jovens. Ambas as instituições provem ações durante o ano letivo, palestras, reuniões, atividades em conjunto e solicitam a ajuda dos pais em eventos escolares, engajando e promovendo a união de um grupo, escola, família e jovens.

Nessa linha, Pascual e Miguel (2020) discutem a violência interpessoal, com enfoque em adolescentes. Mesmo que não seja uma prática compartilhada entre os jovens, trazem o respaldo que esse fenômeno acompanha muitos sujeitos ao longo de uma caminhada até a vida adulta. O mesmo fenômeno cada vez torna-se visível nos espaços em que ele se

desenvolve, impulsionado pelas redes sociais, que evidenciam a transformação institucional nos espaços familiares e educacionais.

Carlos *et al.* (2020) explanam que adolescentes são potenciais vítimas de violência familiar, essa situação é reconhecida como um grave problema de saúde pública. Não só no Brasil, mas no mundo todo, o espaço que o jovem tem como de confiança e afeto acaba virando seu pior trauma, fazendo-o desenvolver problemas de saúde e sequelas, que podem impactar em toda sua vida. Nesse sentido, a escola e a sociedade devem auxiliar em diálogos e ações para que o adolescente consiga se desenvolver de forma saudável e próspera.

Os estudos de Bica *et al.* (2020), Pires *et al.* (2018), Mendes, Piccoli e Quevedo (2014), Sobral *et al.* (2015), Romero-Oliva *et al.* (2017), ao serem comparados com os escores da dimensão de Aspectos Financeiros, mostraram-se com valores superiores aos resultados encontrados na dimensão supracitada, com a exceção do estudo proposto por Sobral *et al.* (2015), que buscou avaliar crianças em vulnerabilidade social e obteve resultados inferiores aos comparados com o presente estudo.

Ao longo do século XXI, as famílias brasileiras têm diminuído a desigualdade, o governo tem buscado criar programas de transferência de renda para auxiliar na redução da desigualdade. Inclusive, os dados encontrados por Saad *et al.* (2020) apontam que o aumento da renda para a população mais pobre acaba garantindo uma melhor condição de vida e auxilia na redução das diferenças sociais no país.

Na tabela 8, as idades de 10 a 12 anos e as turmas de 5º ao 7º ano apresentam diferença estatística na dimensão de Ambiente Escolar, sinalizada na cor cinza escuro. Na dimensão de Provocação e *Bullying*, os sujeitos investigados não apresentam diferença estatística, explanando, assim, que os jovens têm uma percepção homogênea na dimensão.

Os dados, quando comparados com a literatura, explanam que Martins e Oliveira (2012) e Sobral *et al.* (2015) apresentam escores altos nas duas dimensões, respectivamente (79.17; 91.67) e (79,10; 85,59), corroborando com os resultados da presente pesquisa. Romero-Oliva *et al.* (2017) apresentou resultados elevados nos escores da dimensão Ambiente Escolar, alcançando 80,27, entretanto, para a dimensão de Provocação e *Bullying*, o escore foi inferior, marcando 71,70. Mendes, Piccoli e Quevedo (2014) encontraram resultados inferiores nas duas dimensões avaliadas, com escores de (68,60; 60,03).

Pires *et al.* (2018) e Bica *et al.* (2020) apresentam resultados elevados na dimensão de Provocação e *Bullying*, respectivamente com escores de 90,02 e 88,01, corroborando com os presentes achados. Nesse prisma, considera-se que, segundo a literatura supracitada, a dimensão de Provocação e *Bullying* apresenta escores elevados, o que representa que a população investigada tem uma boa percepção sobre as relações do *bullying*.

Nesse sentido, estudos mostram que crianças e adolescentes que sofreram *bullying* apresentam uma menor QVRS, independentemente das variáveis de idade, gênero ou local. Os respectivos autores apresentam diversos tipos de métodos e análises, dificultando a comparação entre eles, mas os resultados finais corroboram, apontando que o *bullying* deve ser considerado como um fator de risco na saúde de crianças e adolescentes (CARDOSO; GRAÇA; AMORIM, 2015; HARALDSTAD *et al.*, 2019; HIDALGO-RASMUSSEN *et al.*, 2015; 2018).

A adolescência, como mencionado anteriormente, é um período do ciclo de vida em que os jovens passam por diversas mudanças físicas, psicológicas e emocionais. Nesse prisma, o fenômeno do *bullying* manifesta-se nos espaços de socialização do adolescente, gerando um tipo de violência, como ataques físicos, verbais ou psicológicos, podendo causar consequências crônicas, de âmbito físico ou psicológico, impactando no desenvolvimento do sujeito e na vida adulta (ROMERO, OCHOA; 2020).

CONCLUSÃO

Em conclusão, explana-se que, a partir dos resultados obtidos na dimensão de escore total, a população estudada possui uma boa percepção de QV, apresentando níveis gerais satisfatórios quando comparados com a literatura. Entretanto, reitera-se que qualquer impacto em uma das 10 dimensões da QV refletirá sobre as outras, reforçando seu processo multidisciplinar com os componentes interligados.

A dimensão de Saúde e Atividade Física caracterizou-se com a menor média quando comparada com a literatura. Nesse sentido, volta-se a atenção para os cuidados com a saúde dos sujeitos da pesquisa, uma vez que essa dimensão, quando apresentada com escores baixos, está relacionada a sentir-se exausto fisicamente, não se sentir bem ou ter baixa energia. Em

contrapartida, a dimensão de Provocação e *Bullying* apresentou a maior média geral, o que significa que os jovens não se sentem provocados e, sim, respeitados e aceitos pelos pares, contribuindo para o desenvolvimento das demais dimensões.

As dimensões de Estado Emocional, Aspectos Financeiros, Família e Ambiente Familiar apresentaram os menores valores de escore mínimo, significando que, da mesma maneira que a população apresenta bons escores totais, alguns sujeitos dentro desse grupo podem apresentar problemas nessas dimensões, o que reforça a necessidade de mais estudos na área e de uma possível avaliação qualitativa individual desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

AGATHÃO, B. T.; REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 659-668, 2018.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. **Qualidade de vida:** definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BERLESE, D. B. **Obesidade de adolescentes como manifestação social a partir do contexto socioeconômico, cultural e familiar**. 2015. Tese (Doutorado em diversidade cultural e inclusão social) - Universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2015.

BICA, I. *et al.* Influência sociodemográfica na qualidade de vida relacionada com a saúde dos adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. 1-7 2020.

BRASIL. **Censo escolar**. Brasília: INEP, 2019. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/notas_estatisticas/2018/notas_estatisticas_censo_escolar_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, F. L. B.; GRAÇA, L. C. C.; AMORIM, M. I. S. P. L. Sentido interno de coerência, qualidade de vida e *bullying* em adolescentes. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 16, n. 3, p. 345-358, 2015.

CARLOS, D. M. *et al.* "Não tenho, não tive": vivências de famílias envolvidas na violência contra crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 73, supl. 4, e20190195, 2020.

CARNEIRO, C. S. *et al.* Excesso de peso e fatores associados em adolescentes de uma capital Brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 260-273, 2017.

CHENG, L. A. *et al.* Is the association between sociodemographic variables and physical activity levels in adolescents mediated by social support and self-efficacy? **Jornal de Pediatria**, v. 96, n.1, p. 46-52, 2020.

D'AVILA, G. L. *et al.* Associação entre consumo alimentar, atividade física, fatores socioeconômicos e percentual de gordura corporal em escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1071-1081, abr. 2016.

D'AVILA, H. F. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes com excesso de peso. **Jornal de Pediatria**, v. 95, n. 4, p. 495-501, 2019.

FERNANDES, E. C. **Saúde do adolescente e do jovem:** crescimento e desenvolvimento físico, desenvolvimento psicossocial, imunizações e violência. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.

FLORES, H. A. H. **História da imigração alemã no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: EST, 2004.

GARRIDO, M. O.; MORA, E. C. Uso de las redes sociales como estrategia de promoción de alimentación saludable en adolescentes. **Revista Cubana de Informática Médica**, v. 11, n. 1, p. 113-124, 2019.

GASPAR, T.; MATOS, M. G. **Qualidade de vida em crianças e adolescentes**. Versão Portuguesa dos Instrumentos Kidscreen 52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde, 2008.

GUEDES, D. *et al.* Calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. **Revista Panamericana de Salud Pública,** v. 35, n.1, p. 46-52, 2014.

GUEDES, D. P. *et al.* Aptitud cardiorrespiratoria y calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes latinoamericanos. Revista Andaluza de Medicina del Deporte, v. 10, n. 2, p. 47-53, 2017.

HARALDSTAD, K. *et al.* Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

HIDALGO-RASMUSSEN, C. A. *et al.* Bullying and health-related quality of life in children and adolescent Mexican students. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2433-2441, 2018.

HIDALGO-RASMUSSEN, C. A. *et al.* Influence of bullying on the quality of life perception of Chilean students. **Revista Medica de Chile**, v. 143, n. 6, p. 716-723, 2015.

IBGE. **Picada Café Panorama**. 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/picada-cafe/panorama. Acesso em: 10 nov. 2020.

MARTINS, P. C.; OLIVEIRA, V. H. Qualidade de vida de crianças em situação de desvantagem socioeconômica e risco familiar: Um estudo exploratório. In: R. MISSIAS-MOREIRA, Z. *et al.* (Eds.). **Qualidade de Vida e Condições de Saúde de Diversas Populações**. Curitiba, Brasil: CRV Editora, 2017. p. 193- 212.

MASTORCI, F. *et al.* The impact of menarche on health-related quality of life in a sample of Italian adolescents: evidence from school-based AVATAR project. **European Journal of Pediatrics**, v. 179, n. 6, p. 973-978, 2020a.

MASTORCI, F. *et al.* Adolescent Health: A Framework for Developing an Innovative Personalized Well-Being Index. Frontiers in Pediatrics, v. 8, 2020b.

MENDES, D; PICCOLI, J C J; QUEVEDO, D M. Qualidade de vida relacionada à saúde de escolares do ensino fundamental de Campo Bom, RS. **R. bras. Ci. e Mov v.** 22, n.4, p. 47-54, 2014.

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.

MOTA, R. S. *et al.* Situação sociodemográfica e de saúde em adolescentes escolares segundo o sexo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 72, n. 4, p. 1007-1012, 2019.

MOURA, M. F. *et al.* Aderência da atividade física e lazer em adolescentes. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 46-53, jan. 2018.

MUROS, J. J. *et al.* Associação entre comportamentos de estilo de vida saudável e a qualidade de vida relacionada à saúde entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v. 93, n. 4, p. 406-412, 2017.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RISC). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet,** v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, 2017.

NODARI, M. P. M. et al. Os Usos do Tempo Livre entre Jovens de Classes Populares. **Psic.: Teor. e Pesq**. , v. 32, n. 4, e324215, 2016.

OMS. **Salud para los adolescentes del mundo**: Una segunda oportunidad en la segunda década. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2014.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PASCUAL, I. R.; MIGUEL, P. B. La violencia, ¿es una realidad persistente de la adolescencia del siglo XXI?. **Universitas,** n. 32, p. 121-138, 2020.

PEREIRA, É. F.; TEIXEIRA, C. S.; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 26, n. 2, p. 241-250, jun. 2012.

PIRES, R. *et al.* Physical fitness and Health-Related Quality of Life in Brazilian adolescents: A cross-sectional study. **Human Movement**, v. 19, n. 2, p. 3-10, 2018.

REZENDE, B. A.; LEMOS, S. M. A.; MEDEIROS, A. M. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar. **Rev. paul. pediatr.**, v. 35, n. 4, p. 415-421, 2017.

ROMERO, B. B. B.; OCHOA, M. T. M. **Consecuencias psicológicas del *bullying* en adolescentes**. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Psicologia, Santa Marta, 2020. Disponível em: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/18304/4/2020_bullying_adolescentes.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

ROMERO-OLIVA, C. *et al.* Calidad de vida y competencias sociales: Un estudio comparativo entre adolescentes nativos e inmigrantes de España y Portugal. **Universitas Psychologica**, v. 16, n. 3, 2017.

SAAD, M. G. *et al.* Os determinantes da queda da desigualdade de renda nas regiões brasileiras entre 2001 e 2015. **Rev. bras. Ci. Soc.,** v. 35, n. 104, e3510313, 2020.

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

SILVA, A. F. *et al.* Prevalence of body image dissatisfaction and association with teasing behaviors and body weight control in adolescents. **Motriz**, v. 26, n. 1, 2020.

SILVA, M. A. I.; MELLO, D. F.; CARLOS, D. M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 287-293, 5 jul. 2010.

SOBRAL, E. M. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de adolescentes em situação de vulnerabilidade social. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 4, p. 568-577, 2015.

THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. **The KIDSCREEN questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents**. Lengerich, Alemanha: Pabst Science Publishers, 2006.

Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.