

Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes

Factors associated with adolescents' health-related quality of life

Factores asociados con la calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes

Nadyelle Elias Santos Alencar¹  <https://orcid.org/0000-0002-5602-7339>Grazielle Roberta Freitas da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-0402-6801>Marcia Teles de Oliveira Gouveia¹  <https://orcid.org/0000-0002-2401-4947>Ana Roberta Vilarouca da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0001-5087-4310>

Como citar:

Alencar NE, Silva GR, Gouveia MT, Silva AR. Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE0189345.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A00189345>



Descritores

Qualidade de vida; Perfil de saúde; Comportamentos de risco à saúde; Saúde do adolescente

Keywords

Quality of life; Health profile; Health risk behaviors; Adolescent health

Descriptores

Calidad de vida; Perfil de salud; Conductas de riesgo para la salud; Salud del adolescente

Submetido

21 de Julho de 2020

Aceito

26 de Junho de 2021

Autor correspondente

Nadyelle Elias Santos Alencar
E-mail: nadyelle-elias@hotmail.com

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Ariane Ferreira Machado Avelar
(<https://orcid.org/0000-0001-7479-8121>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e suas associações com variáveis sociodemográficas, familiares, hábitos e comportamentos em saúde.

Métodos: Estudo transversal desenvolvido em um Instituto Federal em 2018, nas cidades de Pedreiras e Grajaú, localizadas no estado do Maranhão, com a participação de 289 adolescentes. Foi realizada a caracterização dos participantes por meio de dados sociodemográficos, familiares, hábitos e comportamento em saúde e avaliada a qualidade de vida relacionada à saúde por meio do KIDSCREEN-52. Para verificar quais variáveis influenciaram de modo significativo a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes, foi realizada análise de regressão multinomial.

Resultados: Influenciaram a qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes: sexo ($p=0,002$, $RC=2,396$, $IC=1,3777-4,169$), idade ($p=0,021$, $RC=0,515$, $IC=0,292-0,906$), tamanho da família ($p=0,012$, $RC=2,004$, $IC=1,167-3,441$), chefe da família ($p=0,005$, $RC=5,491$, $IC=1,687-7,875$), frequência com que pratica atividade física ($p=0,000$, $RC=10,596$, $IC=3,425-2,785$), satisfação com o peso ($p=0,000$, $RC=8,147$, $IC=3,397-19,541$) e com o sono ($p=0,000$, $RC=13,377$, $IC=4,625-38,691$).

Conclusão: A qualidade de vida de adolescentes é um constructo multifatorial e esteve associada a características individuais, variáveis familiares e hábitos de vida. A satisfação com o sono, bem como a prática de atividade física e a satisfação com o peso foram os principais preditores da boa qualidade de vida.

Abstract

Objective: To analyze adolescents' health-related quality of life and their associations with sociodemographic, family, health habits and behavior variables.

Methods: This is a cross-sectional study developed at a Federal Institute in 2018, in the cities of Pedreiras and Grajaú, located in the state of Maranhão, with the participation of 289 adolescents. Participant characterization was carried out using sociodemographic, family, health habits and behavior data, and the health-related quality of life was assessed using the KIDSCREEN-52. To verify which variables significantly influenced the health-related quality of life of adolescents, a multinomial regression analysis was performed.

Results: The following influenced adolescents' health-related quality of life: sex ($p=0.002$, $OR=2.396$, $CI=1.3777-4.169$), age ($p=0.021$, $OR=0.515$, $CI=0.292-0.906$), family size ($p=0.012$, $OR=2.004$, $CI=1.167-3.441$), family head ($p=0.005$, $OR=5.491$, $CI=1.687-7.875$), frequency with which they practice physical activity ($p=0.000$, $OR=10.596$, $CI=3.425-2.785$), weight ($p=0.000$, $OR=8.147$, $CI=3.397-19.541$) and sleep satisfaction ($p=0.000$, $OR=13.377$, $CI=4.625-38.691$).

¹Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Conclusion: Adolescents' quality of life is a multifactorial construct and was associated with individual characteristics, family variables and lifestyle habits. Sleep satisfaction, as well as the practice of physical activity and weight satisfaction, were the main predictors of good quality of life.

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud de adolescentes y sus asociaciones con variables sociodemográficas, familiares, hábitos y comportamientos en salud.

Métodos: Estudio transversal desarrollado en un Instituto Federal en el 2018, en las ciudades de Pedreiras y Grajaú, ubicadas en el estado de Maranhão, con la participación de 289 adolescentes. La caracterización de los participantes se realizó a través de datos sociodemográficos, familiares, hábitos y del comportamiento en salud y se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud por medio de KIDSCREEN-52. Para verificar qué variables influenciaron de modo significativo la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes, se realizó un análisis de regresión multinomial.

Resultados: Influenciaron la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes: sexo ($p=0,002$, $RC=2,396$, $IC= 1,3777-4,169$), edad ($p=0,021$, $RC=0,515$, $IC=0,292-0,906$), tamaño de la familia ($p=0,012$, $RC=2,004$, $IC=1,167-3,441$), jefe de familia ($p=0,005$, $RC=5,491$, $IC=1,687-7,875$), frecuencia de la práctica de actividad física ($p=0,000$, $RC=10,596$, $IC=3,425-2,785$), satisfacción con el peso ($p=0,000$, $RC=8,147$, $IC=3,397-19,541$) y con el sueño ($p=0,000$, $RC=13,377$, $IC=4,625-38,691$).

Conclusión: La calidad de vida de adolescentes es un constructo multifactorial y estuvo asociada a características individuales, variables familiares y hábitos de vida. La satisfacción con el sueño, así como la práctica de actividades físicas y la satisfacción con el peso fueron los principales predictores de una buena calidad de vida.

Introdução

Entendida como uma fase de transição, a adolescência é marcada por intensas transformações não apenas de ordem física, como também mental e social. É, portanto, durante esse processo de (re) construção que o adolescente ingressa em uma jornada repleta de riscos e vulnerabilidades que tanto podem potencializar o seu desenvolvimento como comprometer o seu projeto de vida.⁽¹⁾

Nesse sentido, admite-se que as experiências relacionadas à adolescência são capazes de definir a vida adulta, inclusive no que se refere às questões de saúde e qualidade de vida (QV). Entende-se que a QV é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.⁽²⁾

No contexto das Ciências da Saúde, surge um conceito mais específico, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) ou saúde percebida que é a autoavaliação que o indivíduo faz sobre o seu estado de saúde atual em comparação às suas expectativas pessoais e sob a influência de fatores externos, como a duração ou severidade da doença e o nível do suporte social ou familiar recebido.⁽³⁾

A investigação da QV no âmbito das pesquisas em saúde encontra-se em crescente expansão e, apesar da relevância, é pouco estudada na população adolescente. A exploração da temática

ganhou maior destaque a partir da última década e o Brasil é o segundo país que mais investiga o assunto, ficando atrás apenas dos Estados Unidos da América.⁽⁴⁾

Uma ampla linha de estudo tem como foco a QVRS de adolescentes em condição de adoecimento, no ambiente hospitalar ou ambulatorial,⁽⁵⁾ e demonstra o impacto negativo que o processo patológico exerce sobre a percepção da QVRS, com reflexo no estado emocional, autopercepção, relações familiares e escolares.^(6,7) Entretanto, a análise de grupos no contexto comunitário é limitada, com carência de pesquisas que investiguem as flutuações naturais da QVRS durante essa fase da vida.⁽⁵⁾

Na adolescência, as representações sobre a QVRS são multifatoriais e incluem questões individuais, sociais e de comportamento. Nesse sentido, a idade e o sexo, as características do núcleo familiar, bem como as experiências sociais e os comportamentos assumidos por esse grupo populacional interferem na percepção da qualidade de vida.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Baseado no exposto, e considerando as lacunas identificadas quanto à necessidade de maior investigação sobre os preditores da QV em grupos de adolescentes em condições saudáveis, o presente estudo pretende analisar a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e suas associações com variáveis sociodemográficas e familiares, hábitos e comportamentos em saúde.

Métodos

Estudo transversal realizado no Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA), entre os meses de maio a agosto de 2018. O IFMA, criado em 2008, oferece cursos nos níveis básico, técnico, graduação e pós-graduação e, atualmente, possui 29 Campi distribuídos por todas as regiões do estado do Maranhão. Os Institutos Federais diferenciam-se por apresentar uma gama diversificada de servidores técnico-administrativos, dentre eles, profissionais da saúde (médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, psicólogo, odontólogo, nutricionista). A atuação desses profissionais envolve ações de natureza preventiva e interventiva para atendimento básico dos estudantes.⁽¹¹⁾

Foram incluídos no estudo, os campi mais jovens (inaugurados há menos de um ano) e com equipe de saúde recém-instalada (com tempo de atuação inferior a um ano), por entender que os profissionais de saúde não tiveram tempo suficiente para intervir e provocar mudanças na saúde e QV dos estudantes. Assim, os campi das cidades de Grajaú e Pedreiras fizeram parte do estudo.⁽¹²⁾

Participaram da pesquisa estudantes com faixa etária correspondente à adolescência, segundo classificação da Organização Mundial da Saúde (10 a 19 anos).⁽¹⁾ Foram excluídos os adolescentes que, no período da coleta dos dados, tiveram a matrícula cancelada ou trancada, que foram transferidos, jubilados ou evadiram da escola.

A população estudada, considerando os dois campi incluídos no estudo, foi de 467 adolescentes. Optou-se por adotar amostragem censitária, na qual todos os adolescentes foram abordados e convidados a participar da pesquisa. Ao final, 289 adolescentes compuseram o estudo (taxa de resposta: 61,9%). Os motivos de não participação foram: não aceitação ou não entrega do termo de assentimento e/ou consentimento livre e esclarecido devidamente assinado, após três abordagens.

Para este estudo, a QVRS representa o desfecho e as variáveis preditoras foram as características individuais, familiares e comportamentais dos adolescentes. A coleta de dados envolveu a utilização de dois instrumentos, para caracterização dos partici-

pantes e avaliação da QVRS (KIDSCREEN-52). A aplicação deu-se por meio da plataforma digital Formulários Google, em equipamento eletrônico, com preenchimento individual pelo adolescente. O pesquisador manteve-se à disposição dos participantes para clarificar quaisquer dúvidas durante a coleta.

O questionário de caracterização, elaborado pelas autoras, foi composto por 20 questões que incluíam: dados sociodemográficos e familiares (ex: estado civil, etnia, estrutura familiar, escolaridade materna e paterna, renda familiar), além de hábitos e comportamentos em saúde (ex: uso de internet, consumo de bebidas alcoólicas, fumo, prática de atividade física, satisfação com o sono e peso).

O KIDSCREEN foi idealizado por um projeto europeu e tem como intuito avaliar a QVRS de crianças e adolescentes, de 8 a 18 anos, saudáveis ou cronicamente doentes. Diferencia-se dos demais por ser o primeiro instrumento internacional, transcultural, genérico e adaptável a diferentes realidades. Nesse contexto, permite ampla comparação e possui medidas válidas para diversos status de saúde.⁽¹³⁾ O referido instrumento possui duas versões, uma destinada às crianças/adolescentes e outra aos pais/tutores; e está disponível em 3 formatos, com 10, 27 e 52 itens.⁽¹⁴⁾ Nesse estudo, foi utilizado o KIDSCREEN-52 em sua versão aplicável às crianças/adolescentes.

O KIDSCREEN-52 é uma escala tipo Likert de 5 pontos, composta por 10 dimensões: saúde e atividade física; sentimentos; estado emocional; autopercepção; autonomia e tempo livre; família/ambiente familiar; aspecto financeiro; amigos e apoio social; ambiente escolar; provocação/bullying. O instrumento possui tradução, adaptação transcultural e validação para o contexto brasileiro.⁽¹³⁾

Os itens, em geral, avaliam a frequência ou intensidade que algum sentimento ou atitude acontece. Em relação à metodologia de cálculo, um escore geral pode ser computado através do somatório de todos os itens avaliados, com variação de 52 a 262.⁽⁶⁾ Os escores gerais permitiram categorizar a QVRS em: ruim, regular e boa. Os pontos de corte foram os quartis da variável em estudo, respectivamente: valores abaixo do 1º quartil, do 1º ao 3º, acima do 3º quartil.

Os dados coletados foram analisados estatisticamente por meio do *Software Statistical Package for the Social Science (SPSS®)*, versão 20.0. O nível de significância adotado foi de $\alpha = 0,05$.

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

Para verificar quais variáveis influenciaram de modo significativo a QVRS dos adolescentes, foi realizada análise de regressão multinomial, de onde foram obtidas as estimativas para as razões de chance bem como as suas respectivas significâncias, por meio do teste de Wald. No intuito de avaliar a qualidade do ajuste e validar os resultados obtidos, foram levados em consideração a *deviance* e os graus de liberdade inerentes ao modelo proposto.^(15,16)

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

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

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

O estudo foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, parecer nº 2.445.803 (CAAE: 80585217.0.0000.5214). Foram respeitados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁽¹⁷⁾

Resultados

Participaram do estudo, 289 adolescentes, 173 do sexo feminino e 116 do sexo masculino, com mé-

dia de idade correspondente à segunda metade da adolescência (16,1 anos; DP±0,96). A maioria dos estudantes era solteira (98,6%), sem filhos (99%), autorreferiu cor parda/preta (83,0%), não trabalhava (95,2%) e habitava a zona urbana (86,2%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e familiares dos adolescentes

Características	n(%)
Idade	
Até 15 anos	86(29,8)
Mais de 15 anos	203(70,2)
Média ±DP	16,1±0,96
Sexo	
Feminino	173(59,9)
Masculino	116(40,1)
Estado civil	
Solteiro	285(98,6)
Casado/união estável	4(1,4)
Filhos	
Não	286(99,0)
Sim	3(1,0)
Etnia/cor da pele	
Pardo/negro	240(83,0)
Branco	49(17,0)
Trabalho	
Não	275(95,2)
Sim	14(4,8)
Zona de moradia	
Urbana	249(86,2)
Rural	40(13,8)
Tamanho da família	
≤ 4 pessoas	178(61,6)
> 4 pessoas	111(38,4)
Núcleo familiar	
Nuclear	163(56,4)
Monoparental feminina	69(23,9)
Genitores ausentes	31(10,7)
Nuclear reconstruída	17(5,8)
Monoparental masculina	9(3,2)
Chefe da família	
Pai	140(48,4)
Mãe	108(37,4)
Avós	25(8,7)
Outros	16(5,4)
Renda familiar	
Até 1SM	86(29,8)
Mais de 1 a 2SM	120(41,5)
Mais de 2 a 3SM	55(19,0)
Mais de 3SM	28(9,7)

SM - salário mínimo (equivalente a R\$954 em 2018)

Em relação à composição familiar, o tamanho da família foi de até quatro pessoas para 61,6% dos adolescentes e 54,7% possuíam estrutura familiar do tipo nuclear (pai e mãe). O chefe da família foi

o pai para 48,4% dos respondentes, seguido pela mãe (37,4%). A renda familiar foi de até 2 salários mínimos (R\$ 1908 reais) para 71,3% dos adolescentes (Tabela 1). Os hábitos e comportamentos em saúde dos participantes estão exibidos na Tabela 2. Os adolescentes nunca consumiam álcool (77,9%) ou fumavam (98,6%), às vezes ou raramente praticavam atividade física (61,9%) e estavam sempre conectados à internet (51,2%).

Em relação aos hábitos alimentares, a maior parte consumia regularmente refrigerante, doces e frituras (muitas vezes ou sempre – 62,3%). O mesmo não ocorreu com o consumo de frutas, legumes e vegetais, no qual a resposta mais frequente foi “às vezes” (35,6%). Em acordo, 54,4% mostraram-se nada, pouco ou moderadamente satisfeitos com o peso. Sobre o padrão de sono, observou-se baixa satisfação (45,3%, nada ou pouco satisfeito) e 65,7% dos adolescentes tinham menos de 8 horas diárias de sono (Tabela 2).

Tabela 2. Hábitos e comportamentos em saúde dos adolescentes

Variáveis	Nunca n(%)	Raramente n(%)	Às vezes n(%)	Muitas vezes n(%)	Sempre n(%)
Frequência que consome álcool	225(77,9)	34(11,8)	23(8,0)	3(0,9)	4(1,4)
Frequência que fuma	285(98,6)	4(1,4)	-(-)	-(-)	-(-)
Frequência que utiliza a internet	-(-)	5(43)	43(14,9)	93(32,2)	148(61,2)
Frequência que pratica atividade física	26(9,0)	74(25,6)	105(36,4)	38(13,1)	46(15,9)
Frequência que consome frutas legumes e vegetais	4(1,4)	25(8,7)	103(35,6)	90(31,1)	67(23,2)
Frequência que consome refrigerantes, doces e frituras	3(1,0)	22(7,6)	84(29,1)	120(41,5)	60(20,8)
Satisfação com o peso*	43(14,9)	58(20,1)	56(19,4)	37(12,7)	95(32,9)
Satisfação com o sono*	55(19,0)	76(26,3)	62(21,5)	67(23,2)	29(10,0)

*categorização das respostas (nada satisfeito, pouco satisfeito, moderadamente satisfeito, satisfeito, muito satisfeito)

Qualidade de Vida Relacionada à Saúde dos adolescentes e fatores associados

A análise da QVRS revelou score geral médio de 176,66 (DP \pm 30,76), com a seguinte categorização: QVRS ruim (valores abaixo do 153), QVRS regu-

lar (valores entre 153 a 201) e QVRS boa (valores acima de 201).

As variáveis associadas à boa QVRS dos adolescentes, considerando o intervalo de confiança de 95%, foram: idade (p-valor: 0,021), sexo (p-valor: 0,002), tamanho da família (p-valor: 0,012), chefe da família (p-valor: 0,007), frequência que pratica atividade física (p-valor: 0,000), satisfação com o peso (p-valor: 0,000) e, satisfação com o sono (p-valor: 0,000). A relação da QVRS com cada uma das variáveis mencionadas está apresentada na tabela 3.

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

No que tange à variável “tamanho da família”, os estudantes com família composta por mais de quatro pessoas tiveram cerca de duas vezes mais chance de ter uma boa QVRS. Para a variável “chefe de família”, ter o pai como chefe do núcleo familiar representou 5,5 vezes mais chance de ter uma boa QVRS quando comparado com outros chefes de família (desde que esse chefe não fosse a mãe ou os avós).

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

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

Discussão

Os achados deste estudo revelam as variáveis associadas à QVRS dos adolescentes escolares em duas cidades do nordeste do Brasil. Como principal limitação, destaca-se o nível de abrangência, o qual se

Tabela 3. Variáveis associadas à qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes

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

*valores significativos por meio do Test de Wald

restringe a uma pequena parcela da população adolescente brasileira e requer cautela na generalização dos resultados. Não obstante, traz dados pertinentes que auxiliam na construção de um panorama local e incitam novas investigações, em outras regiões do país, a fim de caracterizar o cenário nacional acerca da flutuação da qualidade de vida na adolescência, com foco na identificação das suas variáveis preditoras.

Em relação às características individuais, tanto os adolescentes do sexo masculino como aqueles com idade igual ou inferior a 15 anos apresentaram melhor percepção da QVRS. Além disso, núcleos familiares extensos ou com chefia masculina impactaram positivamente a QVRS nessa fase da vida. Sobre os hábitos e comportamentos em saúde, despontaram como principais preditores para a boa QVRS na adolescência: prática frequente de atividade física, satisfação com o peso e com o sono.

No que se refere à QVRS e suas associações, as análises denotam pluralidade à qualidade de vida, posto que, refletem a interação entre os diversos sistemas aos quais o adolescente encontra-se inserido. Tais resultados integram o panorama nacional e internacional ao entender que a QVRS é um constructo multifatorial e inclui questões individuais, familiares e comportamentais.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Com relação às variáveis sexo e idade, os dados corroboram com a literatura existente que as estabelecem como fatores capazes de interferir na percepção da QVRS por adolescentes. Nesse sentido, investigações apontam o decréscimo progressivo da percepção da QVRS com o avançar da idade, sobretudo para o sexo feminino, o que sugere um sistema homeostático mais sensível a variações.^(8,10,18)

Estudo seccional desenvolvido com 385 meninas coreanas acrescentou que o julgamento negativo da QVRS faz referência a questões culturais e

à imposição de padrões sociais que as tornam insatisfeitas com a sua imagem corporal, sobrecarregam o seu estado emocional e impactam nas demais dimensões da vida.⁽¹⁹⁾

Em relação à redução da QVRS com a idade, um estudo longitudinal realizado no período de 4 anos, em Hong Kong, declara duas teorias explicativas. A primeira diz respeito às crescentes demandas e responsabilidades que são assumidas com o avançar da idade. A segunda remete ao amadurecimento das funções cognitivas e à perspectiva mais realista com a qual o adolescente passa a enxergar o mundo.⁽²⁰⁾

Ademais, as características familiares também interferem na percepção da QVRS por adolescentes. No presente estudo, o núcleo familiar estendido foi fator preditivo para a melhor percepção da QVRS, uma vez que, amplia o suporte e o amparo disponíveis. Em Portugal, dados semelhantes defendem que o bem estar subjetivo de adolescentes está relacionado às suas características familiares e, em especial, ao suporte recebido.⁽²¹⁾

A chefia familiar masculina também esteve associada à melhor percepção da QVRS na adolescência. Tal achado possivelmente tem relação com o papel social de gênero e com os novos modelos familiares. Para a mulher, ser mãe e provedora principal do seu núcleo familiar implica em distanciamento das atividades relacionadas ao lar, repercute na qualidade das relações e no suporte social percebido pelos filhos.⁽²²⁾

O trabalho é, para as mulheres, fonte de satisfação e reconhecimento social; enquanto a maternidade representa realização pessoal. Para a conquista do equilíbrio entre as aspirações profissionais e os planos pessoais, é pertinente que as crenças e práticas dentro do espaço doméstico sejam ressignificadas. O planejamento da maternidade, a organização emocional e financeira, a corresponsabilização paterna pelo cuidado para com os filhos e a divisão de tarefas minimizam a sobrecarga materna e, portanto, as consequências sofridas pelos filhos.⁽²³⁾

Importante salientar que, com base em estudos preliminares, esperava-se a associação entre a renda e a QVRS dos adolescentes, a qual não foi confirmada neste estudo. Tanto no Brasil como em outros países, estudos tem sugerido que a condição social

favorável e a maior posse de bens implica em melhor percepção da QVRS pelos adolescentes.^(4,8,9,24) A incoerência entre os achados pode ter relação com disparidades loco regionais ou ainda refletir as diferentes metodologias empregadas para a mensuração e classificação dos adolescentes quanto ao status socioeconômico.

As demais características associadas à QVRS referem-se aos comportamentos e hábitos assumidos pelos adolescentes, a saber: prática de atividade física, satisfação com o peso e com o sono. Em concordância, estudos recentes desenvolvidos em Portugal e no Peru demonstraram baixa adesão à prática de atividade física, consumo insuficiente de frutas e vegetais e padrão de sono irregular na adolescência, com impactos negativos à QVRS.^(25,26)

A manutenção de hábitos pouco saudáveis e a preferência por comportamentos sedentários possuem relação estreita com o sobrepeso/obesidade e com a ocorrência de distúrbios alimentares. No Brasil, a relação entre sobrepeso e QVRS na adolescência foi demonstrada por um estudo, realizado em Florianópolis (SC) com 467 adolescentes, no qual o índice de massa corpórea acima na normalidade esteve associado a escores de QVRS mais baixos.⁽²⁷⁾ Além do que, na Áustria, a ocorrência de bulimia e anorexia implicaram em pior avaliação global da QVRS na adolescência.⁽⁷⁾

Os hábitos de sono também são capazes de interferir na QVRS dos adolescentes. A irregularidade no padrão de sono e repouso possui relação com a adoção de comportamentos sedentários e com o envolvimento em atividades de baixo dispêndio energético na adolescência, a exemplo do uso do computador, celular e jogos eletrônicos.⁽²⁸⁾ No presente estudo, o comportamento sedentário associado ao tempo de tela, verificado pelo uso exacerbado da internet, foi bastante comum entre os participantes.

Com base no que foi debatido, observa-se que a QVRS esteve associada a características intrínsecas e extrínsecas ao indivíduo, com destaque para os hábitos e comportamentos assumidos pelos adolescentes. Nesse sentido, urge a atuação de profissionais da saúde com foco na tríade promoção, prevenção e assistência. Salienta-se a importância do envolvimento da família nesse processo, uma vez que o suporte

social é considerado um dos principais preditores para uma boa qualidade de vida.⁽⁹⁾

Os achados do presente estudo podem subsidiar a prática profissional no âmbito das ações preventivas e de promoção da saúde. O alcance da qualidade de vida dar-se-á por meio de intervenções assistenciais e práticas educativas em saúde, sobretudo aos grupos mais vulneráveis, com ênfase na mudança de comportamento e na adoção de hábitos saudáveis. Cabe frisar a relevância do ambiente escolar como locus das ações de educação em saúde e a importância da atuação de profissionais da saúde na mediação dessas práticas educativas.⁽²⁹⁾

Acrescenta-se que as tecnologias educativas, como o uso de jogos, dinâmicas e peças teatrais, são recursos úteis no processo de aquisição e apropriação de conhecimentos, prezam pela autonomia e estimulam a tomada de decisão do adolescente frente ao autocuidado em saúde.⁽³⁰⁾ Tal fato reforça a importância da atualização profissional e da busca por opções interventivas que satisfaçam as necessidades dos adolescentes em relação ao conteúdo e à forma de abordagem.⁽²⁹⁾

Conclusão

Na adolescência, a QVRS é definida por múltiplos fatores que incluem características individuais e familiares, hábitos e comportamentos em saúde. Foram fatores preditores da boa QVRS: idade, sexo, tamanho da família, chefe da família, frequência que pratica atividade física, satisfação com o peso e sono. Os resultados apresentados direcionam o desenvolvimento de ações educativas no intuito de promover saúde e qualidade de vida nesse grupo populacional, com ações específicas aos mais vulneráveis, ênfase na mudança de comportamento e adoção de hábitos saudáveis.

Agradecimentos

Essa publicação recebeu o financiamento da FAPEMA - Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão.

Colaborações

Alencar NES, Silva GRE, Gouveia MTO e Silva ARV colaboraram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referencias

1. United Nations Population Fund (UNFPA). The State of World Population 2016 – 10: how our future depends on a girl at this decisive age. New York: (USA): UNFPA; 2016 [cited 2018 Jan 28]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/sowp/downloads/The_State_of_World_Population_2016_-_English.pdf
2. World Health Organization (WHO). WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO; 1997 [cited 2018 Jan 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Faria BM, Gonçalves J, Reis LP, Rocha Á. A clinical support system based on quality of life estimation. *J Med Syst.* 2015;39(10):308.
4. Azevedo TD, Alves ED. Qualidade de vida de adolescentes: revisão da literatura e perspectivas atuais. *Rev Gestão Saúde.* 2016;7(2):851-72.
5. Soares AH, Martins AJ, Lopes MC, Britto JA, Oliveira CQ, Moreira MC. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Cien Saude Colet.* 2011;16(7):3197-206. Review.
6. Dewey D, Volkovskaia A. Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol.* 2018;60(7):711-7.
7. Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Nitsch M, Dür W, Karwautz A, et al. Prevalence of eating disorder risk and associations with health-related quality of life: results from a large school-based population screening. *Eur Eat Disord Rev.* 2016;24(1):9-18.
8. Agathão BT, Reichenheim ME, Moraes CL. Health-related quality of life of adolescent students. *Cien Saude Colet.* 2018;23(2):659-68.
9. İlhan N, Peker K, Yildirim G, Baykut G, Bayraktar M, Yildirim H. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health related quality of life in turkish school-going adolescents. *Niger J Clin Pract.* 2019;22(12):1742-51.
10. Maria AT, Guimarães C, Candeias I, Almeida S, Figueiredo C, Pinheiro A, et al. Health-related quality of life in portuguese adolescents: study in a school-age population. *Acta Pediatr Port.* 2017;48(3):203-11.
11. Maranhão. Instituto Federal do Maranhão (IFMA). Plano de Desenvolvimento Institucional: 2014 - 2018. São Luís (MA): IFMA; 2015 [citado 2017 Ago 10]. Disponível em: <https://portal.ifma.edu.br/wp-content/uploads/2015/07/pdi.pdf>
12. Maranhão. Instituto Federal do Maranhão (IFMA). Documentos Conselho Superior. Resolução nº 114, de 26 de junho de 2017. São Luís (MA): IFMA; 2017 [citado 2017 Ago 10]. Disponível em: <https://portal.ifma.edu.br/documentos/?id=12237>
13. Guedes DP, Guedes JE. Translation, cross-cultural adaptation and psychometric properties of the kidscreen-52 for the brazilian population. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(3):364-71.

14. The Kidscreen Group Europe. The Kidscreen questionnaires: quality of life questionnaires for children and adolescents. Germany: Pabst Science Publishers; 2006.
15. Paula GA. Modelos de regressão: com apoio computacional. São Paulo: USP; 2004.
16. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 6a ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2014.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012 [citado 19 Feb 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
18. Bica I, Pinho LM, Silva EM, Aparício G, Duarte J, Costa J, et al. Sociodemographic influence in health-related quality of life in adolescents. *Acta Paul Enferm.* 2020;33:1-7.
19. Ra JS, Cho YH. Depression moderates the relationship between body image and health-related quality of life in adolescent girls. *J Child Fam Stud.* 2017;26(7):1799-807.
20. Shek DT, Li X. Perceived School Performance, Life Satisfaction, and Hopelessness: A 4-Year Longitudinal Study of Adolescents in Hong Kong. *Soc Indic Res.* 2016;126:921-34.
21. Gaspar T, Balancho L. Personal and social factors that influence subjective well-being: socioeconomic differences. *Cien Saude Colet.* 2017;22(4):1373-80.
22. Carvalho JB, Melo MC. A família e os papeis de gênero na adolescência. *Psicol Soc.* 2019;31:e168505.
23. Fiorin PC, Oliveira CT, Dias AC. Percepções de mulheres sobre a relação entre trabalho e maternidade. *Rev Bras Orientac Prof.* 2014;15(1):25-35.
24. Gomes AC, Rebelo MA, Queiroz AC, Herkrath AP, Herkrath FJ, Vieira JM, et al. Socioeconomic status, social support, oral health beliefs, psychosocial factors, health behaviours and health-related quality of life in adolescents. *Qual Life Res.* 2020;29(1):141-151.
25. Sharma B, Chavez RC, Nam EW. Prevalence and correlates of insufficient physical activity in school adolescents in Peru. *Rev Saude Publica.* 2018;52:51.
26. Marques A, Peralta M, Santos T, Martins J, Gaspar de Matos M. Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public Health.* 2019;170:89-94.
27. Kunkel N, Oliveira WF, Peres MA. Overweight and health-related quality of life in adolescents of Florianópolis, Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2009;43(2):226-35.
28. Felden EP, Filipina D, Barbosa DG, Andrade RD, Meyer C, Louzada FM. Factors associated with short sleep duration in adolescents. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34(1):64-70.
29. Casemiro JP, Fonseca AB, Secco FV. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Cien Saude Colet.* 2014;19(3):829-40. Review.
30. Santos AS, Viana MC, Chaves EM, Bezerra AM, Gonçalves Júnior J, Tamboril AC. Educational technology based on nola pender: promoting adolescent health. *J Nurs UFPE On Line.* 2018;12(2):582-8.