

## DOMÍNIO SOCIAL DA QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E SUA ASSOCIAÇÃO COM VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS, BIOLÓGICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS

### SOCIAL DOMAIN OF QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS AND THEIR ASSOCIATION WITH BEHAVIORAL, BIOLOGICAL AND OCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

Alex Pinheiro Gordia<sup>\*</sup>  
Teresa Maria Bianchini de Quadros<sup>\*\*</sup>  
Rosane Carla Rosendo da Silva<sup>\*\*\*</sup>  
Wagner de Campos<sup>\*\*\*\*</sup>

---

#### RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção do domínio relações sociais da qualidade de vida de adolescentes e fatores associados. Participaram do estudo 608 adolescentes (369 do sexo feminino), de 14-19 anos, do município da Lapa, PR. Mensurou-se a massa corporal e a estatura para obtenção do índice de massa corporal. Para a avaliação da qualidade de vida, nível de atividade física, consumo de álcool e condição socioeconômica foram utilizados, respectivamente, os questionários WHOQOL-Bref, IPAQ, AUDIT e CCEB. O teste do Qui-quadrado, exato de Fisher e Regressão Logística binária foram utilizados ( $p < 0,05$ ). O escore médio da qualidade de vida global e do domínio relações sociais foi de 67,3 e 72,7, respectivamente. Adolescentes inativos ( $RC=1,63$ ), obesos ( $RC=3,93$ ) e iniciantes no ensino médio ( $RC=1,79$ ) tiveram mais chance para possuir percepção negativa do domínio relações sociais. Estes achados indicam que ações de promoção da qualidade de vida de adolescentes devem considerar o nível de atividade física, o índice de massa corporal e a série escolar.

**Palavras-chave:** Atividade motora. Obesidade. Qualidade de vida.

---

#### INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) tem sido definida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Com base em sua característica subjetiva e multidimensional, a QV apresenta-se como uma categoria analítica central para promover abordagens integradoras e interdisciplinares na área da saúde pública. Neste contexto, as medidas de QV revestem-se de particular importância na avaliação da saúde da população, pois contemplam aspectos

importantes que não são detectados pelas dimensões fisiológicas e clínicas tradicionais, podendo auxiliar no desenvolvimento de programas mais efetivos de promoção da saúde (ORLEY; KUYKEN, 1994).

Neste sentido, o interesse pela QV de adolescentes tem aumentado, visto que esta é uma fase fundamental para intervenções e modificações de hábitos e comportamentos. A adolescência é um período caracterizado por processos de crescimento e desenvolvimento em que ocorrem diversas mudanças biopsicossociais de forma concomitantes e marcantes. Todas estas modificações tornam os adolescentes mais vulneráveis a fatores de riscos à saúde e a mudanças no modo de viver, com interferência

---

\* Mestre. Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Amargosa-BA, Brasil.

\*\* Mestre. Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Amargosa-BA, Brasil.

\*\*\* Doutora. Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

\*\*\*\* Doutor. Professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, Brasil.

direta na QV (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Embora as pesquisas acerca da QV global e seus domínios durante a adolescência tenham avançado nos últimos anos, o enfoque de estudos tem sido, principalmente, em adolescentes que possuem doenças crônicas (ALVIM et al., 2009; RIAÑO-GALÁN et al., 2009; ALTOBELLI et al., 2013). Desta forma, os aspectos relacionados à QV de adolescentes aparentemente saudáveis ainda são pouco estudados.

Há evidências de que aspectos do relacionamento social interferem diretamente na QV de adolescentes, com destaque para o relacionamento com os pais e vida em casa, impacto da família e dos amigos, suporte social, possibilidade de brincar e se divertir com colegas, interação social na escola e aceitação social (DETMAR et al., 2006; WEE; CHUA; LI, 2006; WU; REITER-PURTILL; ZELLER, 2014). Em termos conceituais, o domínio que trata as relações sociais da QV pode ser entendido como a percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Algumas variáveis comportamentais, biológicas e sociodemográficas parecem ser determinantes da QV durante a adolescência (STERN et al., 2007; WANG et al., 2008; MAZUR; MALKOWSKA-SZKUTNIK; TABAK, 2014; VELLA et al., 2014). Comportamentos pouco saudáveis, como prática insuficiente de atividade física e consumo de álcool, tabaco e outras drogas, parecem afetar negativamente a QV de jovens (WANG et al., 2008; LIM et al., 2013; VELLA et al., 2014). Da mesma forma, evidências indicam que adolescentes obesos possuem maior probabilidade para apresentar percepção negativa da QV global do que seus pares eutróficos (STERN et al., 2007; WANG et al., 2008; KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009). Não obstante, aspectos sociodemográficos como o sexo, a idade, a condição socioeconômica e as características da escola também têm se mostrado fortemente associados com a QV global de adolescentes (BARRIUSO-LAPRESA; HERNANDO-ARIZALETA; RAJMIL, 2012; MAZUR; MALKOWSKA-SZKUTNIK; TABAK, 2014).

Contudo, são escassas as informações sobre a associação de variáveis comportamentais, biológicas e sociodemográficas com o domínio relações sociais da QV desta população. Considerando a relevância das relações sociais para o construto QV durante a adolescência, o avanço do conhecimento sobre grupos de risco para apresentar percepção negativa deste domínio pode ser útil para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e da QV de jovens. Nesta perspectiva, o objetivo do presente estudo foi analisar a percepção do domínio relações sociais da QV de adolescentes do município da Lapa, PR, e sua associação com variáveis comportamentais (nível de atividade física e consumo de álcool), biológicas (índice de massa corporal) e sociodemográficas (sexo, idade, condição socioeconômica e características da escola).

## MÉTODOS

### População e Amostra

O presente estudo foi desenvolvido com base na pesquisa de corte transversal intitulada “Análise da qualidade de vida, consumo de álcool, nível de atividade física e índice de massa corporal em estudantes do ensino médio da cidade da Lapa, PR”. A coleta de dados da pesquisa foi realizada em junho de 2005. Os protocolos do estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil (Processo nº 020/2005), de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos pais ou responsáveis de cada adolescente incluído na investigação, assegurando-se o anonimato das informações.

O projeto envolveu estudantes de 14 a 19 anos de idade, de ambos os sexos, regularmente matriculados na rede pública e particular do ensino médio do município da Lapa, integrante da região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná. A população do município no ano de 2005 foi estimada em 44733 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). A rede de ensino contava com 1596 estudantes regularmente

matriculados do 1<sup>o</sup> ao 3<sup>o</sup> ano do ensino médio, distribuídos em sete escolas: duas da rede particular (N=75); três públicas de área rural (N=338) e duas públicas de área urbana (N=1183), segundo informações do Núcleo Municipal de Educação.

Primeiramente foi realizado o contato com os diretores das escolas para apresentação da pesquisa. Não havendo oposição dos diretores em relação à realização do estudo na escola, foi agendada uma data para a apresentação da pesquisa aos alunos, bem como exposição dos objetivos e relevância do estudo, e esclarecimento de possíveis dúvidas. Nesta data também foi entregue aos alunos o TCLE para obtenção de autorização formal dos pais e/ou responsáveis para participação dos escolares na pesquisa. Em uma terceira visita à escola, com data marcada com antecedência, foi realizada a coleta dos dados do estudo.

A perspectiva do estudo foi avaliar todos os adolescentes matriculados no ensino médio, porém, não fizeram parte da pesquisa os adolescentes que não quiseram participar, que não entregaram o TCLE assinado pelos responsáveis, que faltaram à aula no dia da coleta de dados, ou que relataram presença de doenças crônicas ou agudas nos últimos 30 dias antes da coleta de dados. Desta forma, a amostra do tipo conveniente foi composta por 608 sujeitos entre 14 e 19 anos de idade, representando 38,1% da população de estudantes do ensino médio, subdivididos nos seguintes estratos: escolas particulares, 24 adolescentes (representando 32% desse estrato); escolas públicas da área urbana, 391 adolescentes (33,1% do estrato); escolas públicas da área rural, 193 adolescentes (57,1% do estrato).

### **Procedimentos**

A QV foi mensurada com o uso do questionário abreviado sobre QV da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-Bref). Este instrumento foi testado e validado em diversos países, inclusive no Brasil (FLECK et al., 2000). Izutsu et al. (2005) demonstraram que o WHOQOL-Bref possui um conteúdo válido e propriedades psicométricas aceitáveis para mensurar a QV de adolescentes aparentemente saudáveis de 14 a 19 anos de idade. Consideraram-se como aparentemente saudáveis os adolescentes que relataram ausência de doenças crônicas ou agudas nos últimos 30 dias antes da coleta de dados. Para o presente estudo foram utilizadas apenas as informações referentes ao

domínio relações sociais. O WHOQOL-Bref foi analisado com base nos critérios propostos pela equipe australiana do grupo de estudos da Organização Mundial da Saúde sobre QV (THE AUSTRALIAN CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH, 2003), os quais permitem a classificação da QV em escores que variam de 0 a 100. Quanto mais próximo de 100, melhor é a QV do avaliado.

O nível de atividade física (NAF) foi mensurado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ; versão 8, forma curta, última semana). O IPAQ foi validado para adolescentes brasileiros por Guedes, D., Lopes e Guedes, J. (2005), e os resultados do estudo mostraram que, para adolescentes de ambos os sexos e com mais de 14 anos de idade, o IPAQ apresenta propriedades aceitáveis de medida para monitorar níveis habituais de atividade física. O gasto energético dos adolescentes foi calculado de acordo com as recomendações do Comitê de Pesquisas sobre o IPAQ (IPAQ RESEARCH COMMITTEE, 2005). Para classificar o NAF, foi utilizada a categorização por quartis com base no gasto energético (1<sup>o</sup> quartil  $\leq$  3093 MET-minuto/semana; 2<sup>o</sup> quartil de 3094 a 5480 MET-minuto/semana; 3<sup>o</sup> quartil de 5481 a 9343 MET-minuto/semana; e 4<sup>o</sup> quartil  $\geq$  9344 MET-minuto/semana). O 1<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> quartil representam, respectivamente, os adolescentes com menor e maior NAF.

O consumo de álcool foi mensurado por meio do Teste para a Identificação de Problemas Decorrentes do Uso de Álcool (AUDIT). Este instrumento é composto por 10 questões, contendo perguntas com respostas fechadas de múltipla escolha, abordando o padrão de consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências nos últimos 12 meses. Lima et al. (2005) realizaram um estudo de validade concorrente e de construto do AUDIT para utilização em estudos epidemiológicos no Brasil, e os resultados indicaram alta consistência interna ( $\alpha=0.81$ ), sensibilidade de 100% e especificidade de 78%, demonstrando sua validade para utilização em estudos epidemiológicos com brasileiros. Em adição, Mattara et al. (2010) avaliaram a capacidade psicométrica do AUDIT em adolescentes brasileiros e observaram excelente consistência interna e boa reprodutibilidade. Os autores concluíram que o este instrumento é

confiável para o levantamento de informações sobre o consumo de álcool em adolescentes. O AUDIT foi analisado com base nas recomendações de Babor et al. (2001), sendo que, de acordo com a soma dos escores do questionário, os adolescentes foram classificados como: abstêmios, consumidores de baixo risco, consumidores de risco, consumidores de alto risco e prováveis dependentes.

A massa corporal (MC, kg) foi mensurada com uma balança digital Plenna, com capacidade para 150kg e precisão de 100g. Essa balança foi submetida a um teste de calibração baseado no método de comparação de pesos-padrão com as indicações do instrumento calibrado, conforme procedimento para balança eletrônica, tendo sido aprovada de acordo com a Portaria 236/94 do Inmetro (BRASIL, 1994). O avaliado deveria estar descalço e com o mínimo de roupa possível, geralmente com calça ou bermuda do agasalho escolar e camiseta. A estatura (EST, cm) foi aferida utilizando-se uma fita métrica, com escalas graduadas de 0,1cm, fixada na parede, sem rodapé, e com esquadro móvel de madeira, sendo que para efetuar a medida o avaliado deveria estar descalço ou no máximo de meias, em apnéia inspiratória e com a cabeça posicionada no plano de Frankfurt (GORDON; CHUMLEA; ROCHE, 1988). Os dados antropométricos foram coletados por dois avaliadores experientes com o intuito de minimizar o erro técnico de medida, embora os valores não tenham sido efetivamente calculados. A MC e EST foram utilizadas para o cálculo do IMC ( $\text{kg.m}^{-2}$ ). Para a classificação do IMC entre os adolescentes aplicou-se o critério proposto por Conde e Monteiro (2006). Este critério classifica o estado nutricional de crianças e adolescentes em baixo peso, peso normal, sobrepeso e obeso de acordo com sexo e idade.

A condição socioeconômica foi avaliada de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB), desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2000). O CCEB estima o poder de compra das pessoas e das famílias e o grau de instrução do chefe da família, classificando da seguinte forma: classe A (25 a 34 pontos), classe B (17 a 24 pontos), classe C (11 a 16 pontos), classe D (6 a 10 pontos) e classe E (0 a 5 pontos).

A coleta das informações pertinentes aos questionários foi realizada em sala de aula, de acordo com a disponibilidade de tempo e espaço

físico da escola. Os questionários foram administrados por dois avaliadores por meio da aplicação coordenada, com os aplicadores lendo a pergunta para os alunos, com o propósito de facilitar o entendimento dos respondentes em relação ao objetivo de cada questão. O tempo de resposta dos questionários foi de aproximadamente 50 minutos em cada turma. Anteriormente à coleta de dados foi realizado um estudo piloto com 49 adolescentes de ambos os sexos, estudantes do ensino médio de um colégio particular da cidade de Curitiba, PR. O objetivo deste estudo preliminar foi uniformizar as medidas e protocolos, avaliar os procedimentos e instrumentos que seriam utilizados na coleta de dados, bem como verificar a fidedignidade (reprodutibilidade e consistência interna) dos questionários para a população estudada. Para analisar a reprodutibilidade teste-reteste os questionários foram administrados em duas ocasiões com intervalo de uma semana entre a primeira e segunda aplicação. A estabilidade temporal dos instrumentos foi analisada por meio do coeficiente de concordância de *Kappa* e a consistência interna foi avaliada por meio do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach*. De acordo com os resultados do estudo piloto, o WHOQOL-Bref apresentou moderada estabilidade temporal ( $k=0,58$ ) e alta consistência interna ( $\alpha=0,85$ ). Para o questionário AUDIT, também observou-se moderada reprodutibilidade teste-reteste ( $k=0,42$ ) e alta consistência interna ( $\alpha=0,75$ ). Em relação ao IPAQ, os achados do estudo preliminar indicaram moderada estabilidade temporal ( $k=0,49$ ) e moderada consistência interna ( $\alpha=0,51$ ).

#### Análise estatística

Inicialmente, recorreu-se a análise descritiva do domínio relações sociais da QV dos adolescentes estudados. Em seguida, foi realizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para analisar a normalidade das variáveis contínuas. As diferenças entre as variáveis sociodemográficas para a idade, a massa corporal e a estatura foram verificadas por meio dos testes paramétricos *t* de *Student* e ANOVA *one-way*, com *Post Hoc* de *Tukey*, tendo em vista que todas as variáveis apresentaram normalidade. O teste do Qui-quadrado, e quando necessário o teste exato de Fisher, foram empregados para investigar diferenças proporcionais no domínio relações sociais com base no NAF, consumo de álcool, IMC e variáveis sociodemográficas. A Regressão Logística binária (análise bruta e

ajustada) foi usada para examinar as associações entre NAF, consumo de álcool, IMC e variáveis sociodemográficas (variáveis independentes) com o domínio relações sociais (variável dependente) dos adolescentes. Tanto para o Qui-quadrado quanto para a Regressão Logística, a percepção do domínio relações sociais da QV foi dicotomizada em positiva e negativa com base no valor da mediana e as classes socioeconômicas foram separadas em classe alta (A), classe média (B) e classe baixa (C+D+E), visando o poder das análises estatísticas. Para modelagem da análise de regressão foram consideradas apenas as

variáveis que apresentaram nível de significância igual ou inferior a 0,20 para associação com o domínio relações sociais no teste do Qui-quadrado. O ajuste do modelo foi verificado por meio do teste de Hosmer-Lemeshow. As análises foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 20.0 ( $p < 0,05$ ).

## RESULTADOS

Os dados de caracterização da amostra estudada podem ser observados na Tabela 1..

**Tabela 1** - Caracterização sociodemográfica da amostra, com valores expressos em média e desvio padrão.

Estratificação	Variáveis			
	n	Idade em anos (DP) <sup>*</sup>	Massa corporal em kg (DP)	Estatura em cm (DP)
<b>Sexo*</b>				
Masculino	239	16,0 (1,3) <sup>a</sup>	62,7 (11,0) <sup>a</sup>	172,7 (8,0) <sup>a</sup>
Feminino	369	15,8 (1,2) <sup>b</sup>	55,7 (8,9) <sup>b</sup>	162,0 (6,6) <sup>b</sup>
<b>Condição socioeconômica**</b>				
A	31	15,7 (1,3)	67,2 (17,4) <sup>a</sup>	169,7 (8,8) <sup>a</sup>
B	163	15,7 (1,1)	58,4 (10,2) <sup>b</sup>	166,8 (9,3)
C	279	15,9 (1,3)	58,3 (9,5) <sup>b</sup>	166,5 (8,7)
D	128	15,9 (1,4)	56,8 (9,4) <sup>b</sup>	164,4 (8,1) <sup>b</sup>
E	7	15,0 (0,8)	55,5 (9,5) <sup>b</sup>	160,7 (8,4)
<b>Tipo de escola*</b>				
Pública	584	15,9 (1,3) <sup>a</sup>	58,2 (10,1)	166,2 (8,9)
Particular	24	15,2 (0,9) <sup>b</sup>	63,1 (15,9)	167,0 (8,1)
<b>Local de moradia*</b>				
Área urbana	415	15,9 (1,2)	58,2 (10,7)	165,7 (8,8) <sup>b</sup>
Área rural	193	15,8 (1,3)	58,9 (9,6)	167,4 (8,9) <sup>a</sup>
<b>Série escolar**</b>				
1º ano	256	15,1 (1,0) <sup>c</sup>	56,6 (9,6) <sup>b</sup>	165,1 (8,6) <sup>b</sup>
2º ano	219	16,1 (1,1) <sup>b</sup>	59,5 (9,8) <sup>a</sup>	166,7 (8,8)
3º ano	133	16,9 (0,8) <sup>a</sup>	60,2 (12,2) <sup>a</sup>	167,6 (9,2) <sup>a</sup>
<b>Turno de estudo**</b>				
Matutino	302	15,7 (1,2) <sup>b</sup>	59,4 (10,8) <sup>a</sup>	167,3 (8,9) <sup>a</sup>
Vespertino	203	15,8 (1,2) <sup>b</sup>	56,8 (9,5) <sup>b</sup>	164,8 (8,0) <sup>b</sup>
Noturno	103	16,3 (1,3) <sup>a</sup>	58,6 (10,5)	165,7 (9,8)
<b>Amostra total</b>	<b>608</b>	<b>15,9 (1,2)</b>	<b>58,4 (10,4)</b>	<b>166,2 (8,9)</b>

<sup>\*</sup> DP = Desvio padrão. Médias seguidas por letras diferentes nas colunas diferem pelo teste t de *Student*<sup>\*</sup> ou pelo *Post Hoc* de *Tukey* \*\*, considerando  $p < 0,05$ . Sendo “a” é maior que “b” e “c”; “b” é maior que “c”

**Fonte:** Os autores.

Os adolescentes do sexo masculino apresentaram valores médios superiores às adolescentes do sexo feminino para a idade, massa corporal e estatura. Adolescentes de condição socioeconômica A possuíam massa corporal superior aos adolescentes das classes B, C, D e E. Estudantes de escolas públicas eram mais velhos que seus pares de escolas particulares e adolescentes residentes em áreas rurais apresentaram estatura superior aos de área urbana. Em geral, estudantes do 3º ano do ensino médio apresentaram valores médios para a idade, massa corporal e estatura superiores aos seus pares do 1º e 2º ano, bem como, estudantes do turno noturno eram mais velhos e estudantes do turno matutino eram mais pesados e mais altos quando comparados com indivíduos de outros turnos de estudo

O valor médio dos escores da QV global dos adolescentes (média de todos os domínios) foi de 67,3, com desvio padrão de 10,2. Para o domínio relações sociais foi encontrado valor médio de 72,7, com desvio padrão de 16,9. O gasto energético médio dos adolescentes foi de 7039 MET-minuto/semana, com desvio padrão de 5602 MET-minuto/semana. A prevalência de sobrepeso e obesidade dos participantes foi de 11,0% e 2,0%, respectivamente. As análises referentes à proporção de adolescentes com percepção positiva ou negativa do domínio relações sociais, com estratificação pelo NAF, consumo de álcool, IMC e variáveis sociodemográficas podem ser observadas na Tabela 2. As variáveis que apresentaram associação significativa com o domínio relações sociais da QV foram o IMC e a série escolar.

**Tabela 2** - Percepção do domínio relações sociais da QV dos adolescentes de acordo com o NAF, consumo de álcool, IMC e variáveis sociodemográficas.

Variáveis sociodemográficas	Percepção do Domínio Relações Sociais (%)		p*
	Positiva	Negativa	
<b>Nível de Atividade</b>			
<b>Física</b>			
4º quartil	60,9	39,1	0,200
3º quartil	62,5	37,5	
2º quartil	57,0	43,0	
1º quartil	51,3	48,7	
<b>Consumo de álcool</b>			
Abstêmios	63,6	36,4	0,479
Consumo de baixo risco	55,4	44,6	
Consumo de risco	61,3	38,7	
Consumo de alto risco	66,7	33,3	
Provável Dependente	53,3	46,7	
<b>Índice de Massa Corporal</b>			
<b>Corporal</b>			
Peso normal	57,7	42,3	0,006
Baixo peso	92,9	7,1	
Sobrepeso	58,2	41,8	
Obeso	25,0	75,0	
<b>Sexo</b>			
Masculino	56,7	43,3	0,623
Feminino	58,7	41,3	

Continua tabela 2...

<b>Idade (anos)</b>			
14	50,0	50,0	
15	55,3	44,7	
16	57,3	42,7	
17	70,3	29,7	0,140
18	54,5	45,5	
19	70,0	30,0	
<b>Condição socioeconômica</b>			
A	61,3	38,7	
B	58,3	41,7	0,916
C, D e E	57,6	42,4	
<b>Tipo de escola</b>			
Pública	58,1	41,9	0,702
Particular	54,2	45,8	
<b>Local de moradia</b>			
Área rural	59,2	40,8	0,681
Área urbana	57,4	42,6	
<b>Série escolar</b>			
1º ano	53,0	47,0	
2º ano	58,4	41,6	0,035
3º ano	66,7	33,3	
<b>Turno de estudo</b>			
Matutino	55,5	44,5	
Vespertino	59,5	40,5	0,429
Noturno	62,1	37,9	

\*Nível de significância para o teste do Qui-quadrado.

Fonte: Os autores.

Os resultados da análise de Regressão Logística bruta e ajustada entre o NAF, IMC e variáveis sociodemográficas com o domínio relações sociais podem ser verificados na Tabela 3. Em relação à análise bruta, observou-se associação entre o domínio relações sociais com o IMC e a série escolar. Quando considerada a análise ajustada, incluindo o controle pela idade, estas variáveis permaneceram significativas, e a atividade física também entrou no modelo de regressão. Adolescentes menos ativos (pertencentes ao 1º quartil) apresentaram 1,6 vezes mais chance a possuir percepção negativa do domínio relações sociais do que seus pares do 4º quartil. Obesos tiveram 3,9 vezes mais chance de apresentar percepção negativa do domínio

relações sociais em relação a indivíduos com peso normal. Por outro lado, adolescentes com baixo peso possuíram menor chance para apresentar este desfecho. Alunos iniciantes no ensino médio (1º ano) tiveram 1,8 vezes mais chance para apresentar percepção negativa do domínio relações sociais do que seus pares do último ano do ensino médio. De acordo com o teste de Hosmer-Lemeshow o modelo mostrou-se com boa qualidade de ajuste ( $p=0,871$ ).

**Tabela 3** - Associação entre o domínio relações sociais da QV com o NAF, IMC e série escolar em adolescentes.

Variáveis (Categorias)	Percepção negativa do	Análise bruta	Análise ajustada***
	DRS <sup>#</sup> (%)	RC (95% IC) <sup>##</sup>	RC (95% IC)
<b>Atividade física</b>			
4º quartil	39,1	1	1**
3º quartil	37,5	0,94 (0,59-1,49)	0,97 (0,61-1,56)
2º quartil	43,0	1,17 (0,74-1,86)	1,30 (0,81-2,09)
1º quartil	48,7	1,48 (0,94-2,33)	1,63 (1,02-2,60)
<b>Índice de massa corporal</b>			
Peso Normal	42,3	1*	1**
Baixo Peso	7,1	0,11 (0,02-0,81)	0,10 (0,01-0,75)
Sobrepeso	41,8	0,98 (0,59-1,64)	0,94 (0,56-1,59)
Obeso	75,0	4,10 (1,10-15,31)	3,93 (1,03-14,97)
<b>Série escolar</b>			
1º ano	47,0	1,78 (1,15-2,75)	1,79 (1,04-3,09)
2º ano	41,6	1,42 (0,91-2,23)	1,40 (0,87-2,27)
3º ano	33,3	1*	1**

\*p < 0,05 para a análise bruta. \*\*p < 0,05 para a análise ajustada. \*\*\*Análise ajustada pela idade e demais variáveis independentes do modelo de regressão. <sup>#</sup> DRS = Domínio relações sociais. <sup>##</sup> IC = Intervalo de confiança

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo referentes à QV global e ao domínio relações sociais foram semelhantes ao observado em outras pesquisas nacionais e internacionais que utilizaram o WHOQOL-Bref para investigar a QV de adolescentes saudáveis (IZUTSU et al., 2005; IZUTSU et al., 2006; GORDIA et al., 2009; MIYASAKA et al., 2012). Há evidências na literatura de que o domínio relações sociais é relevante para melhoria da QV global de adolescentes, destacando-se o relacionamento com os pais e vida em casa, impacto da família e dos amigos, suporte social, ambiente escolar e aceitação social (DETMAR et al., 2006; WEE; CHUA; LI, 2006). Estes fatores estão relacionados com a fase de transição da infância para a vida adulta, período marcado pela necessidade de integração e aceitação social.

Considerando a análise de regressão ajustada, os achados do presente estudo demonstraram que o NAF, o IMC e a série escolar fizeram parte do modelo que explica o domínio relações sociais da QV dos adolescentes estudados. Adolescentes menos ativos tiveram maior chance para possuir percepção negativa do domínio relações sociais

do que seus pares mais ativos. Este achado está em concordância com outras pesquisas que indicam uma robusta relação entre a atividade física e variáveis referentes ao suporte social, socialização e formação da rede de amigos (SANTOS et al., 2010; PAGE et al., 2007; HSU et al., 2011). Entretanto, é importante destacar que a associação entre atividade física e relacionamento social parece apresentar duplo sentido, ou seja, a atividade física parece ser um componente importante para que os adolescentes se aproximem e aumentem sua rede de relacionamentos, da mesma forma que adolescentes que tem uma grande rede de relacionamentos tendem a apresentar NAF maior (SANTOS et al., 2010; PAGE et al., 2007). Page et al. (2007) investigaram 1886 estudantes do ensino médio do Centro-Leste Europeu e observaram que a participação global em atividades físicas foi menor entre os adolescentes que relataram sentir dificuldade em fazer amigos e que se sentiam menos envolvidos com os amigos. No Brasil, pesquisa desenvolvida por Santos et al. (2010) avaliou barreiras para a prática de atividades físicas em 1609 escolares do ensino médio da Rede Pública da cidade de Curitiba, PR. Os achados indicaram que não ter a



companhia dos amigos foi uma barreira relevante para a prática de atividades físicas em ambos os sexos. Ainda que a maioria dos adolescentes do presente estudo não tenha apresentado problemas referentes ao domínio relações sociais, há evidências de que o incentivo à atividade física parece ser uma estratégia interessante para o aumento da rede de amigos e suporte social, e conseqüentemente, auxiliar na melhoria da QV global de adolescentes (GORDIA, 2008).

Quanto à relação entre o domínio relações sociais e o IMC, observou-se que adolescentes obesos tiveram 3,9 vezes mais chance de apresentar percepção negativa do domínio relações sociais em comparação a indivíduos com peso normal. Muitas vezes, adolescentes obesos sofrem discriminação e estigmatização social, podendo causar um impacto negativo em sua QV (PETRACCI; CAVRINI, 2013). Jovens obesos são frequentemente importunados pelos colegas e menos aceitos do que seus pares com peso normal (LUIZ et al., 2005). Ao longo da vida, o excesso de peso traz outras dificuldades, como menor índice de empregos, timidez e problemas de relacionamento afetivo. Devido a tais dificuldades, muitas vezes os indivíduos obesos sofrem ou impõem-se restrições diante de atividades rotineiras como ir à escola, fazer determinados exercícios físicos, comprar roupas, namorar e divertir-se (LUIZ et al., 2005).

Há evidências consistentes de que a obesidade parece ter um papel central no isolamento social e dificulta os relacionamentos durante a adolescência (STERN et al., 2007; STRAUSS; POLLACK, 2003). O estudo desenvolvido por Strauss e Pollack (2003), com uma amostra representativa de adolescentes (13-18 anos de idade), teve como objetivo investigar a rede social de jovens obesos e eutróficos. Os achados indicaram que adolescentes obesos parecem ficar à margem das redes sociais estabelecidas entre jovens. A pesquisa realizada por Stern et al. (2007) avaliou adolescentes severamente obesos que estavam à procura de um tratamento para obesidade. Os autores observaram que estes adolescentes acreditavam ser estigmatizados e apresentavam pobre funcionalidade psicossocial, a qual é negativamente associada com a QV. Além disso, a baixa auto-estima pareceu ser um ponto principal para percepção negativa da QV entre estes jovens. Kunkel, Oliveira e Peres (2009)

avaliaram a relação entre o excesso de peso e a QV de adolescentes de 15 a 18 anos de idade de Florianópolis, SC, e observaram que jovens com excesso de peso apresentaram menores escores para a maioria dos domínios da QV, inclusive para o domínio social. Este conjunto de achados indica que a obesidade apresenta relação consistente com a rede de amigos durante a juventude, bem como se apresenta como fator prejudicial da QV do público adolescente. Neste sentido, o presente estudo corrobora com outras investigações que demonstraram a relação inversa entre a obesidade e o domínio relações sociais da QV de adolescentes (STERN et al., 2007; STRAUSS; POLLACK, 2003; KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009).

Por outro lado, o presente estudo também observou que o baixo peso apresentou-se como protetor para a percepção negativa da QV entre os adolescentes investigados. Estes achados são surpreendentes tendo em vista que tanto o excesso quanto o déficit de peso são considerados graves problemas nutricionais, especialmente em adolescentes (WAMBA; OBEN; CIANFLONE, 2013). Tendo em vista a escassez de pesquisas sobre a relação do baixo peso com o domínio relações sociais da QV entre adolescentes, a comparação destes achados com dados de outros estudos fica prejudicada. No entanto, acredita-se que os resultados do presente estudo podem estar relacionados ao “padrão de beleza” que tem sido estabelecido pelos meios de comunicação de massa (DERENNE; BERESIN, 2006). Atualmente, tem-se observado a introdução de um modelo de beleza intimamente associado à magreza que é inalcançável para a maioria dos indivíduos. Este panorama conduz a um distanciamento entre a imagem corporal ideal e a real, gerando insatisfação com a imagem corporal. Quanto mais insatisfeito o indivíduo estiver com sua imagem corporal, maior será a possibilidade de conflito, sentimentos negativos, incidência de baixa autoestima e dificuldades de relacionamento, afetando negativamente a saúde e QV (STEPHAN; FOUQUEREAU; FERNANDEZ, 2008; PETRACCI; CAVRINI, 2013). Neste sentido, é possível que os adolescentes mais magros do presente estudo, em contraste ao observado para os obesos, poderiam sentir-se melhor com seu corpo e, conseqüentemente, mais acolhidos socialmente,

bem como mais confiantes e satisfeitos nos seus relacionamentos sociais e papéis sociais adotados na vida. Entretanto, este achado é muito preocupante, pois se apresenta como um estímulo para que jovens desejem tornar-se cada vez mais magros visando aceitação social, sem uma reflexão sobre os riscos à saúde relacionados ao baixo peso corporal.

Em relação à associação entre o domínio relações sociais e a série escolar, os resultados da Regressão Logística ajustada indicaram que alunos iniciantes no ensino médio (1<sup>o</sup> ano) apresentaram maior chance para possuir percepção negativa do domínio relações sociais do que seus pares do último ano do ensino médio (3<sup>o</sup> ano). Tendo em vista que poucas pesquisas levam em consideração a série escolar de adolescentes, comparações com outros estudos ficam prejudicadas. No entanto, considerando os achados observados por Way, Reddy e Rhodes (2007) e de Reddy, Rhodes e Mulhall (2003) é possível inferir que a percepção negativa do domínio relações sociais da QV observada para estudantes do 1<sup>o</sup> ano do ensino médio possa ser fruto da mudança do ciclo escolar (ensino fundamental para ensino médio), quando geralmente ocorre troca de escola, mudança da fase escolar e de professores e, especialmente, mudança de grupo social e perda de vínculo com diversos amigos. Desta forma, é provável que estes alunos estivessem reformulando suas redes sociais quando a presente pesquisa foi realizada, sendo que estudantes do 3<sup>o</sup> ano já se apresentavam totalmente ambientados ao ensino médio e aos colegas deste ciclo escolar.

Com base nos achados do presente estudo em relação a aspectos sociais da QV de adolescentes e considerando recomendações da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999), algumas alternativas que visem melhorar as condições de vida desta população podem ser desenhadas dentro do próprio ambiente escolar por se tratar de um ambiente propício para intervenções, em especial para adolescentes inativos, obesos e iniciantes no ensino médio. Para melhoria do relacionamento social destes jovens podem ser desenvolvidas atividades lúdicas que objetivem a socialização, especialmente durante as aulas de educação física, bem como o incentivo para prática de atividades em grupo como forma de lazer ativo em horários extraescolares. Em relação ao IMC,

além de trabalhos que objetivem a diminuição da massa corporal, faz-se necessário o auxílio para a aceitação de indivíduos obesos dentro das redes de relacionamento, tanto por parte dos amigos quanto por parte dos próprios obesos. Há evidências de que o suporte social na escola, especialmente dos colegas de classe, tem papel crucial no funcionamento psicossocial de adolescentes obesos (WU; REITER-PURTILL; ZELLER, 2014). Quanto à série escolar, pode-se organizar um trabalho pedagógico para dar suporte aos alunos iniciantes no ensino médio em relação à adaptação com esta nova fase, para que a formação da rede de amigos seja facilitada.

Vale destacar que embora a educação física escolar possua grande potencial para contribuir com a socialização e melhora da QV durante a adolescência, seus objetivos são muito mais amplos. Independentemente de qual seja o conteúdo escolhido, a educação física escolar visa contribuir com a formação integral do indivíduo por meio de processos de ensino e aprendizagem da cultura corporal que considerem as características dos alunos em todas as suas dimensões (cognitiva, corporal, afetiva, ética, estética, de relação interpessoal e inserção social) (BRASIL, 1997). Assim, atualmente a área de educação física contempla múltiplos conhecimentos produzidos e usufruídos pela sociedade a respeito do corpo e do movimento. Entre eles, se consideram fundamentais as atividades culturais de movimento com finalidades de lazer, expressão de sentimentos, afetos e emoções, e com possibilidades de promoção, recuperação e manutenção da saúde (BRASIL, 1997).

As principais contribuições do presente estudo foram: a) o avanço do conhecimento sobre o domínio relações sociais da QV de adolescentes, tendo em vista a escassez de dados sobre esta temática entre jovens brasileiros; e b) a identificação de variáveis comportamentais, biológicas e sociodemográficas determinantes do domínio relações sociais da QV de adolescentes. Cabe salientar que a reprodução do presente estudo, em outras regiões do Brasil, seria de grande valia para realizar um mapeamento de fatores positivos e negativos de aspectos sociais da QV de adolescentes, bem como, para identificar subgrupos populacionais com risco de apresentar percepção negativa da QV.

O presente estudo possui limitações que merecem detalhamento: 1) trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e, por este motivo, não possui capacidade para estabelecer relações de causa e efeito, tendo em vista que a coleta de dados sobre a exposição e o desfecho foi realizada simultaneamente e, portanto, dificulta o conhecimento da relação temporal existente entre eles. Desta forma, pesquisas longitudinais são necessárias para confirmar os resultados da presente investigação; 2) a amostra do presente estudo foi conveniente, fato que impossibilita a extrapolação dos resultados para a população de adolescentes em geral. Além disso, as características dos não participantes são desconhecidas e observou-se maior proporção de participantes do sexo feminino, havendo a possibilidade de a amostra apresentar algum tipo de viés. Contudo, visando confirmar a representatividade da amostra investigada em relação à população de estudo, foi calculado o erro amostral de acordo com os critérios estabelecidos por Gil (1991), que aponta um erro inferior a 1% como garantia da representatividade da amostra. No presente estudo foi encontrado o erro amostral de 0,7 %, demonstrando que os resultados observados representam um indicador consistente dos fatores associados ao domínio relações sociais da QV dos adolescentes do município investigado; e 3) a coleta de dados do presente estudo foi

realizada no ano de 2005 e deve-se considerar mudanças temporais que podem ter ocorrido na população investigada, especialmente relacionadas ao avanço tecnológico, acesso a mídias eletrônicas e a redes sociais virtuais. Há evidências de que essas mudanças podem mediar as relações sociais de adolescentes, bem como, interferir na percepção de saúde, da imagem corporal, de bem estar e da QV desta parcela da população (HINKLEY et al., 2014). Desta forma, os achados do presente estudo devem ser analisados à luz dessas mudanças, ao passo que, investigações futuras sobre a influência das mídias eletrônicas e dos relacionamentos virtuais sobre a QV de adolescentes são encorajadas.

## CONCLUSÃO

Em conclusão, os resultados demonstraram que o NAF, o IMC e a série escolar estiveram associados com o relacionamento social entre os jovens estudados, sendo que os principais grupos em risco para possuir percepção negativa do domínio relações sociais da QV foram adolescentes inativos, obesos e iniciantes no ensino médio. Estas evidências indicam que estratégias que visem mudanças no domínio relações sociais de adolescentes devem considerar estes grupos.

---

## SOCIAL DOMAIN OF QUALITY OF LIFE OF ADOLESCENTS AND THEIR ASSOCIATION WITH BEHAVIORAL, BIOLOGICAL AND SOCIODEMOGRAPHIC VARIABLES

### ABSTRACT

This study aimed to analyze the social relationships domain of the quality of life of adolescents and associated factors. A total of 608 adolescents (369 females), 14-19 years, from Lapa, Paraná, Brazil, participated in the study. Body mass and stature were measured for computing the body mass index. For the assessment of quality of life, physical activity, alcohol consumption and socioeconomic status were used, respectively, the WHOQOL-Bref, IPAQ, AUDIT and CCEB questionnaires. Data analyses included the Chi-square test, Fisher's exact test and binary Logistic Regression ( $p < 0.05$ ). The mean values of overall quality of life and of the social relationships domain were 67.3 and 72.7, respectively. Sedentary (OR=1.63), obese (OR=3.93) and freshman high school students (OR=1.79) were more likely to have negative perception social relationships domain. These findings indicate that actions to promote the quality of life of adolescents must consider the physical activity level, body mass index and scholar grade.

**Keywords:** Motor activity. Obesity. Quality of life.

---

## REFERÊNCIAS

ALTOBELLI, E. et al. Health-related quality of life in children and adolescents with celiac disease: survey of a population from central Italy. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 11, no. 204, p. 1-9, 2013.

ALVIM, C. G. et al. Quality of life in asthmatic adolescents: an overall evaluation of disease control. **The Journal of Asthma**, New York, v. 46, no. 2, p. 186-190, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. **Dados com base no levantamento sócio econômico**. 2000. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 08 maio 2005.

- BABOR, T. F. et al. **AUDIT - The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care.** Geneva: World Health Organization, 2001.
- BARRIUSO-LAPRESA, L.; HERNANDO-ARIZALETA, L.; RAJMIL, L. Social inequalities in mental health-related quality of life in children in Spain. *Pediatrics*, Springfield, v. 130, no. 3, p. 528-535, 2012.
- BRASIL. Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. **Portaria INMETRO nº 236.** Aprovação do Regulamento Técnico referente à fabricação, instalação e utilização de instrumentos de pesagem não automáticos. 1994.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** educação física. Brasília, DF, 1997.
- CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Valores críticos do índice de massa corporal para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes brasileiros. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 82, n. 4, p. 266-272, 2006.
- DERENNE, J. L.; BERESIN, E. V. Body image, media, and eating disorders. *Academic Psychiatry*, Washington, DC, v. 30, no. 3, p. 257-261, 2006.
- DETMAR, S. B. et al. The use of focus groups in the development of the KIDSCREEN HRQL questionnaire. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 15, no. 8, p. 1345-1353, 2006.
- FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- GORDIA, A. P. **Associação da atividade física, consumo de álcool e índice de massa corporal com a qualidade de vida de adolescentes.** 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física)-Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.
- GORDIA, A. P. et al. Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 01, n. 02, p. 16-24, 2009.
- GORDON, C. C.; CHUMLEA, W. C. C.; ROCHE, A. F. Stature, recumbent length, and weight. In: LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. (Ed.). **Anthropometric standardization reference manual.** Champaign: Human Kinetics, 1988. p. 3-8.
- GUEDES, D. P.; LOPES, C. C.; GUEDES, J. E. R. P. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física em adolescentes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 151-158, 2005.
- HINKLEY, T. et al. Early childhood electronic media use as a predictor of poorer well-being: a prospective cohort study. *JAMA Pediatrics*, Chicago, v. 168, no. 5, p. 485-492, 2014.
- HSU, Y. W. et al. Influences of social support, perceived barriers, and negative meanings of physical activity on physical activity in middle school students. *Journal of Physical Activity and Health*, Washington, DC, v. 8, no. 2, p. 210-219, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil: 1980-2050.** 2005. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/default.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/default.shtm)>. Acesso em: 12 mar. 2005.
- IPAQ RESEARCH COMMITTEE. **Guidelines for data processing and analysis of the international physical activity questionnaire (IPAQ).** 2005. Disponível em: <<http://www.ipaq.ki.se/>>. Acesso em: 19 maio 2007.
- IZUTSU, T. et al. Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 7, no. 14, p. 1783-1789, 2005.
- IZUTSU, T. et al. Mental health, quality of life, and nutritional status of adolescents in Dhaka, Bangladesh: comparison between an urban slum and a non-slum area. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 63, no. 6, p. 1477-1488, 2006.
- KUNKEL, N.; OLIVEIRA, W. F.; PERES, M. A. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 226-235, 2009.
- LIM, W. Y. et al. Lifetime and twelve-month prevalence of heavy-drinking in Singapore: results from a representative cross-sectional study. *BMC Public Health*, London, v. 13, no. 992, p. 1-11, 2013.
- LIMA, C. T. et al. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*, Oxford, v. 40, no. 6, p. 584-589, 2005.
- LUIZ, A. M. A. G. et al. Depressão, ansiedade, competência social e problemas comportamentais em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 10, n. 3, p. 371-375, 2005.
- MATTARA, F. P. et al. Confiabilidade do teste de identificação de transtornos devido ao uso de álcool (AUDIT) em adolescentes. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 296-314, 2010.
- MAZUR, J.; MALKOWSKA-SZKUTNIK, A.; TABAK, I. Changes in family socio-economic status as predictors of self-efficacy in 13-year-old Polish adolescents. *International Journal of Public Health*, Geneva, v. 59, no. 1, p. 107-115, 2014.
- MIYASAKA, L. S. et al. Qualidade de vida de adolescentes do bairro de Jordanópolis em São Paulo. *Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 162-166, 2012.

ORLEY, J.; KUYKEN, W. **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994.

PAGE, R. M. et al. Friendships and physical activity: investigating the connection in Central-Eastern European adolescents. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, London, v. 19, no. 2, p. 187-198, 2007.

PETRACCI, E.; CAVRINI, G. The effect of weight status, lifestyle, and body image perception on health-related quality of life in children: a quantile approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 22, no. 9, p. 2607-2615, 2013.

REDDY, R.; RHODES, J. E.; MULHALL, P. The influence of teacher support on student adjustment in the middle school years: a latent growth curve study. **Development and Psychopathology**, New York, v. 15, no. 1, p. 119-138, 2003.

RIÑO-GALÁN, I. et al. Quality of life of adolescents with end-stage renal disease and kidney transplant. **Pediatric Nephrology**, Berlin, v. 24, no. 8, p. 1561-1568, 2009.

SANTOS, M.S. et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 94-104, 2010.

STEPHAN, Y.; FOUQUEREAU, E.; FERNANDEZ, A. Body satisfaction and retirement satisfaction: the mediational role of subjective health. **Aging and Mental Health**, Abingdon, v. 12, no. 3, p. 374-381, 2008.

STERN, M. et al. Gender, ethnicity, psychosocial factors, and quality of life among severely overweight, treatment-seeking adolescents. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, DC, v. 32, no. 1, p. 90-94, 2007.

STRAUSS, R. S.; POLLACK, H. A. Social marginalization of overweight children. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, Chicago, v. 157, no. 8, p. 746-752, 2003.

THE AUSTRALIAN CENTRE FOR POSTTRAUMATIC MENTAL HEALTH. **Trauma related research, training and policy development**. 2003. Disponível em: <[http://www.acpmh.unimelb.edu.au/whoqol/whoqol-bref\\_5.html](http://www.acpmh.unimelb.edu.au/whoqol/whoqol-bref_5.html)>. Acesso em: 15 abr. 2006.

VELLA, S. A. et al. Sports participation and parent-reported health-related quality of life in children: longitudinal associations. **Journal of Pediatrics**, Saint Louis, v. 164, no. 6, p. 1469-1474, 2014.

WAMBA, P. C.; OBEN, E. I.; CIANFLONE, F. Prevalence of overweight, obesity, and thinness in cameroon urban children and adolescents. **Journal of Obesity**, New York, v. 2013, p. 1-9, 2013.

WANG, H. et al. Lifestyle at 3 years of age and quality of life (QOL) in first-year junior high school students in Japan: results of the Toyama Birth Cohort Study. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 17, no. 2, p. 257-265, 2008.

WAY, N.; REDDY, R.; RHODES, J. Students' perceptions of school climate during the middle school years: associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. **American Journal of Community Psychology**, Washington, DC, no. 40, p. 194-213, 2007.

WEE, H. L.; CHUA, H. X.; LI, S. C. Meaning of health-related quality of life among children and adolescents in an Asian country: A focus group approach. **Quality of Life Research**, Oxford, v. 15, no. 5, p. 821-831, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, no. 10, p. 1403-1410, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 46, no. 12, p. 1569-1585, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Improving health through schools: national and international strategies**. Geneva, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva, 2014.

WU, Y. P.; REITER-PURTILL, J.; ZELLER, M. H. The role of social support for promoting quality of life among persistently obese adolescents: importance of support in schools. **Journal of School Health**, Columbus, v. 84, no. 2, p. 99-105, 2014.

Recebido em 20/02/2014

Revisado em 21/11/2014

Aceito em 04/05/2015

---

**Endereço para correspondência:** Alex Pinheiro Gordia. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Formação de Professores, Av. Nestor de Melo Pita, 535, CEP: 45300-000, Centro, Amargosa/BA. E-mail: alexgordia@gmail.com.