

ADOLESCÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA EM SÃO PAULO (BRASIL)

Adolescence and quality of life in São Paulo (Brazil)

Miria Benincasa Eda Marconi Custodio

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em adolescentes matriculados no Ensino Médio do Município de São Paulo buscando fornecer subsídios para políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população. Método. Para avaliar uma amostra representativa de 2434 estudantes do Ensino Médio do município de São Paulo utilizou-se um questionário para avaliação de classe econômica (ABEP, 2007) e o questionário de qualidade de vida WHOQOL-100. Resultados. Observou-se que vários aspectos influenciam na qualidade de vida desta população. Os estudantes do gênero masculino declararam qualidade de vida mais alta do que as do gênero feminino. Da mesma forma, os adolescentes mais novos tenderam a relatar melhor qualidade de vida que os mais velhos. Os representantes das classes sócio-econômicas mais altas também apresentaram melhor qualidade de vida. Conclusões. Tais resultados podem contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população.

Palavras chave: adolescência, qualidade de vida, WHOQOL-100, avaliação

ABSTRACT

Introduction. The objective of this study was to evaluate the quality of life of High School adolescents in the city of São Paulo, seeking assistance for public and private policies and quality of life improvement for this population. Method. In order to evaluate a representative group of 2,434 High School students in the city of São Paulo, a questionnaire for economic evaluation (ABEP, 2007) and the quality of life questionnaire WHOQOL-100 were used. Results. It was noted that a number of aspects influence this population's quality of life. Male students declared a higher quality of life than female students. Similarly, younger adolescents tended to report better quality of life compared to older ones. Representatives of higher socioeconomic classes also presented better quality of life. Conclusions. These results can contribute to the development of public and private policies aiming to improve the quality of life of this population.

Keywords: adolescence, quality of life, WHOQOL-100, evaluation

¹ Mestre em Psicologia da Saúde e Doutoranda em Psicologia na Universidade de São Paulo. Endereço: Instituto de Psicologia da USP – Av. Prof. Mello Moraes 1721, CEP 05508-030. Cidade Universitária - São Paulo – SP. E-mail: mbpsico@yahoo.com.br

² Professora da Universidade de São Paulo. E-mail: edamc@cebinet.com.br

INTRODUÇÃO

Embora se fale, atualmente, de saúde integral, de modelo biopsicossocial e de prevenção e promoção à saúde, na prática, continua-se com um atendimento centrado na doença e, portanto, na proposta curativa (Traverso-Yepes & Pinheiro, 2002). As pesquisas com adolescentes ratificam esta afirmação, buscando, comumente, a doença instalada. Na mídia, porém, tem-se observado a preocupação de agentes de saúde, educadores e famílias, tanto com a qualidade de vida, quanto com o uso de drogas. Além disso, segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde não é apenas uma questão orgânica, mas depende da interação permanente das dimensões biológicas, psicológicas e sócio-ambientais, numa dinâmica de extrema complexidade (Calazans & Lustoza, 2008). Reconhecendo que garantir apenas a sobrevivência não atende às múltiplas dimensões humanas, este estudo pretende sair do enfoque da doença e voltar-se para a saúde, fornecendo subsídio para uma prevenção primária.

Ao fazer uma revisão na literatura com o tema qualidade de vida, em qualquer idade, comumente este termo está associado a alguma patologia, cirurgia ou deficiência (Barker, Routledge, Farnell, Swindell & Davidson, 2009, Bosma, Reijeveld, Douw, Vos, Postma, Aaronson, Muller, Vander-top, Slotman, Taphoorn, Heimans & Klein, 2009, Chen, Zheng, Zheng, Gu, Chen, Lu & Shu, 2009, Liu, Page, Solheim, Fox & Chang, 2009, Pidala, Anasetti & Jim, 2009, Stevenson & Carey, 2009).

Poucos estudos avaliam a qualidade de vida de pessoas aparentemente saudáveis, como é proposto na presente pesquisa. Esta é apenas uma das dificuldades encontradas ao se discutir o tema. Outras são: como o adolescente é visto como al-

guém saudável (WAISELFISZ, 2007), pouco se investiga sobre sua qualidade de vida; este instrumento não foi validado para a população adolescente e sua aplicabilidade, a priori, é dirigida a pessoas com mais de 18 anos. Há, portanto, dificuldade de se discutir os vários aspectos aqui abordados (gênero, classe sócio-econômica, qualidade de vida, WHOQOL) com outros pesquisadores. Por este motivo, serão utilizadas referências aproximadas ao tema que, por vezes, podem fornecer possibilidades mas, dificilmente conclusões.

A preocupação em satisfazer as necessidades desta população deve ser o objetivo dos programas denominados de saúde integral do adolescente (Ministério da Saúde, 1996). Contudo, o que se observa na prática é a tendência a ver os problemas isolados do seu contexto social, seja a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), a violência ou a dependência química, resultando na implementação de programas verticais e isolados para cada um dos problemas. Um dos objetivos do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida integral deste adolescente, através de instrumentos que contemplem aspectos como: autonomia, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais / espiritualidade, vitalidade, aspectos físicos emocionais, entre outros, para, a partir destes resultados, identificar carências reais de recursos de cuidado a essa população e, conseqüentemente, viabilizar a elaboração de programas voltados à saúde integral do adolescente.

Teixeira, Aliane, Ribeiro e Ronzani. (2009) concordam que tanto as políticas públicas como quaisquer ações sociais se tornarão mais eficientes quando forem elaboradas a partir de dados empíricos e locais. A adoção de modelos prontos e exter-

nos ou formulação de políticas baseadas em dados amplos, por exemplo, comprometem a efetividade dos procedimentos.

Para esses fins, o ambiente escolar favorece, tanto para se realizar avaliações periódicas, como para a implantação de políticas públicas voltadas aos adolescentes (Menezes Filho, 2007). É necessário lembrar, no entanto, que muitos adolescentes estão fora da escola e que tais políticas devem ser desenvolvidas tanto no sentido de assistir a esses adolescentes nos aspectos referentes ao uso de substâncias psicoativas, quanto de inseri-los no sistema de educação formal. É imprescindível, para a efetividade de ações de prevenção ou redução de danos, a adequação à realidade e ao contexto. (Teixeira et al., 2009).

Apesar da Organização Mundial definir a saúde como um completo bem-estar físico, social e emocional, nota-se que ainda se faz pouco no sentido de desenvolver propostas de prevenção primária, ou seja, investigações e intervenções com pessoas saudáveis, no sentido de prevenir o aparecimento de patologias. Sabe-se que os gastos com a saúde, em muitos países é alto e, intervenções preventivas poderiam evitar o agravamento de problemas financeiros de alguns destes países.

O Brasil está entre estes países com alto investimento no tratamento das mais diversas doenças. Além disso, a população adolescente, principalmente do sexo masculino, é a que mais morre e, frequentemente, por mortes violentas. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), as causas externas eram a segunda causa de óbito em 1980 e 1996 e a terceira em 2004 e, entre adolescentes e adultos jovens, há alguns anos, vem sendo a primeira.

Ao se tratar do município de São Paulo, esta realidade fica muito eviden-

te. Segundo notícias veiculadas em 2008, para cada assassinato em Moema, 130 são mortos no Grajaú, sendo Moema e Grajaú dois bairros deste município, um nobre e outro periférico (Movimento nossa São Paulo, 2008). São Paulo é a capital de um estado de mesmo nome e a maior cidade do Brasil, das Américas e de todo o hemisfério Sul (Funari, 2001). Considerada a décima cidade mais rica do mundo, a cidade representa 12,26% de todo o PIB (Produto Interno Bruto) brasileiro, sendo sede de 63% das multinacionais estabelecidas no Brasil (Frugoli Jr, 2000). A diversidade de uma cidade como esta, exige que avaliações epidemiológicas sejam feitas no sentido de conhecer as diferenças e necessidades para que as ações propostas sejam mais eficazes e fundamentadas em dados reais.

É possível encontrar na literatura, diferenças de qualidade de vida associadas às tanto às condições sócio-econômicas, como de gênero, idade, série e patologias (Tomasi, Barros, & Victora, 1996; Jörn-garden, Wettergen & Essen, 2006; Barbosa, Petribú, Mariano, Ferreira & Almeida, 2008)

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em adolescentes matriculados no Ensino Médio do Município de São Paulo buscando fornecer subsídios para políticas públicas e privadas visando à melhoria da qualidade de vida desta população.

MÉTODO

Com o objetivo de avaliar 0,5% dos alunos matriculados em escolas estaduais e 0,5% dos alunos matriculados em escolas particulares foram sorteadas 22 escolas (17 Públicas e cinco Privadas) do município de São Paulo, atingindo-se uma amostra de

2434 estudantes que representam a população adolescente matriculada no Ensino Médio deste município.

Foi aplicado um questionário de Identificação que continha questões para a classificação sócio-econômica no Brasil (ABEP, 2007), além de questões pessoais como nome, idade, sexo e série. Paralelamente, foi aplicado o questionário WHOQOL-100 para a avaliação da qualidade de vida. Este instrumento foi escolhido por ter sido desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde através de um projeto colaborativo multicêntrico. A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Este instrumento, WHOQOL-100, consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade / religiosidade / crenças pessoais. As respostas para as questões do WHOQOL são dadas em uma escala do tipo Likert. As perguntas são respondidas através de quatro tipos de escalas (dependendo do conteúdo da pergunta): intensidade, capacidade, frequência e avaliação (Fleck, 2000).

Embora este instrumento esteja sendo amplamente utilizado no Brasil, não há registro de sua utilização entre adolescentes. O desenvolvimento da sua versão em português prevê seu uso com pessoas a partir de 18 anos (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chahamovich, Vieira, Santos & Pizon, 1999). Este instrumento foi utilizado nesta pesquisa e comparado com os resultados de outros estudos com o objetivo de contribuir com a validação deste para a população adolescente.

Após aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia

da Universidade de São Paulo, as escolas foram contatadas e, diante da recusa de alguma, constatou-se a seguinte da lista. Com a concordância da direção, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e agendou-se uma data para a aplicação dos instrumentos

Para tratamento estatístico foi realizada a Análise de Variância (ANOVA) para verificar a existência de diferenças significativas entre as médias de grupos. Foi realizado o teste Pós Hoc de Tukey para verificar em que subgrupos houve essas diferenças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 contem informações gerais sobre a amostra. Observa-se que a maior frequência está entre as idades de 15 e 18 anos, conforme esperado para este estágio acadêmico. A distribuição entre gêneros e séries também se mostraram equivalentes. A classificação sócio econômica da amostra, no entanto, não coincide com as condições nem do país nem da cidade. No Brasil, a maior concentração de pessoas está nas classes D (25,4%), C2 (21,8%), C1 (20,7%) e B2 (15,7%), respectivamente. Em São Paulo as condições gerais se apresentam melhores que no Brasil, sendo 22,4%, representantes da classe C1, 21,5, da classe C2, 20,7%, da classe D e 19% da classe B2(8). Nos resultados do presente estudo observa-se que a amostra é privilegiada, pois, o maior número de pessoas está nas classes C2, C1, B2 e B1, aumentando a quantidade de indivíduos nas classes mais altas e reduzindo drasticamente das classes mais baixas, principalmente da classe D. É considerada pelos pesquisadores deste estudo como privilegiada por ser uma população que teve oportunidade de chegar ao ensino médio, princi-

palmente, dentro da faixa etária adequada. Através de pesquisas no Brasil (IBGE, 2000; Brasil, 2008), sabe-se que é grande o número de adolescentes que abandonam os estudos por vários motivos como, por exemplo, para trabalhar e ajudar a família; por se envolver com drogas e/ou delitos, engravidar precocemente, entre outros.

Tabela 1 – Caracterização da amostra (final)

Na Tabela 2 estão apresentadas as medidas descritivas dos Domínios da qualidade de Vida avaliadas através do questionário WHOQOL -100, sendo a maior média para o nível de independência (16,68) e a menor média para Ambiente (13,31).

Tabela 2 – Medidas Descritivas das Facetas e dos Domínios do Whoqol 100 (final)

Na Tabela 3 observa-se que em quatro (Domínio Físico, Psicológico, Nível de Independência e Ambiente) dos seis domínios avaliados por este instrumento, estudantes do gênero masculino obtiveram pontuação mais alta. Estudantes do gênero feminino mantiveram pontuação mais alta nos domínios Relações Sociais e Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais.

Tabela 3 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Gênero (final)

Pela Análise de Variância (ANOVA) e teste de Tukey verificou-se que há diferença de gêneros (0,000) em todos os domínios: Domínio Físico, $F=127,381$; Domínio Psicológico $F=71,155$; Nível de Independência, $F=56,060$; Relações Sociais, $F= 17,690$; Ambiente, $F=35,347$ e Aspectos Espirituais, Religião e Crenças Pessoais, $F= 31,677$.

Segundo Neri (2001), a diferença de gêneros se evidencia em muitos aspectos.

As mulheres são mais queixosas, consomem mais medicamentos e mostram níveis mais altos de incapacidade durante toda a vida. Por outro lado, a avaliação de saúde sugere que os homens tendem a se tornar mais debilitados com o passar dos anos. As mulheres se percebem mais frágeis do que os homens e têm duas vezes mais chance de sofrer de depressão, embora, desde a concepção, os homens morram mais do que as mulheres (Bird & Rieker, 1999, Neri, 2001, Pinheiro, Viacava, Travassos & Brito, 2002). As diferenças de gêneros apresentadas neste estudo confirmam os achados dos pesquisadores acima. No questionário WHOQOL-100, onde a qualidade de vida é medida a partir do auto-relato, percebe-se que as mulheres queixam-se mais do seu estado geral de saúde, tanto física como mental. Tem-se a hipótese, inclusive, de que este seja o motivo da baixa pontuação na maioria dos domínios.

Alguns autores (Neri, 2001, Marcondes, Rotenberg & Portela, 2003) ressaltam a importância do nível ocupacional para o bem-estar e a qualidade de vida. Para a autora, o homem apresenta um nível ocupacional mais alto e mais complexo do que as mulheres. Por outro lado, mulheres de todas as idades são menos agressivas, mais solidárias, mais sugestionáveis, mais envolvidas e mais relacionadas socialmente do que os homens. Essas características são positivamente relacionadas com a satisfação com a vida e com satisfação com as relações sociais. Estas considerações coincidem, parcialmente, com os resultados deste estudo em que as meninas demonstram melhores resultados no domínio Relações Sociais e os meninos ingressam precocemente no mundo do trabalho.

Giffin (2002) aponta que a qualidade de vida entre as mulheres tende a ser mais baixa do que entre os homens pelo número

de jornadas que ainda fica sob a responsabilidade da mulher. Para a autora, apesar da mulher ter ido para o mercado de trabalho para complementar a renda do marido, ainda fica sob sua responsabilidade o cuidado da casa e dos filhos. Outro aspecto a ser ressaltado é que, freqüentemente, no Brasil, a renda está toda concentrada nos recursos que a mulher é capaz de prover. Apesar deste tema não ter sido aprofundado nesta amostra (a grande maioria da amostra declara não trabalhar), para Suplicy (1995), a questão do gênero feminino e masculino sempre esteve presente na sociedade, pois, a educação que se recebe na escola e em casa reforça a diferença entre gêneros. Esta afirmação pode justificar as diferenças encontradas neste estudo. Heilborn (1999), confirmando Suplicy (1995) mostra que as crianças precocemente constroem conceitos relacionados ao que é ou não permitido ao gênero que pertencem. As roupas, o tipo de brinquedo e as condutas devem estar de acordo com o gênero. Para esta autora, ainda pequenos, os indivíduos são treinados para exercerem seus papéis sociais de homem e mulher.

Na Tabela 4, avaliando as diferenças entre as séries, com a Análise de Variância (ANOVA) verificou-se diferenças nos Domínios Físico ($F= 11,813$ e $p 0,000$) e Ambiente ($F= 23,744$ e $p 0,000$). Com o teste de Tukey, identificou-se que, no Domínio Físico, a 1ª série foi diferente da 2ª (0,007) e da 3ª (0,000). A 2ª foi diferente da 3ª (0,000). No Domínio Ambiente, a 1ª foi diferente da 2ª (0,000) e da 3ª (0,000). A partir das médias, observam-se as tendências que serão apresentadas a seguir. Em quatro dos seis domínios avaliados pelo instrumento, o 1º ano obteve pontuação mais alta, mantendo pontuação mais baixa nos domínios Nível de Independência e Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais. O 2º ano fi-

cou com pontuação intermediária em quatro domínios, obtendo pontuação mais alta no Nível de Independência e mais baixa em Relações Sociais. O 3º ano obteve menor pontuação em três domínios, adquirindo pontuação mais alta apenas no domínio Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais.

Esse resultado pode estar ligado às pressões vividas neste período (3º ano do Ensino Médio). São adolescentes prestes a sair da escola e a entrar no mercado de trabalho ou tentar o vestibular, ou seja, sobrecarregados pela necessidade de assumir um novo papel, perante a ele mesmo e à sociedade (Oliveira & Robazzi, 2001, Oliveira, Amaral, Triguero, Teixeira & Sá, 2005, Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro & Silva, 2006, Dias, Nazareno, Zanini & Mendonça, 2008, Rodrigues & Pelisoli, 2008). Lima, Ude, Miguel & Braga (2005), com o objetivo de desenvolver um programa de promoção de saúde com adolescentes, também neste período de transição, buscaram duas alternativas de abordagem que não foram muito eficazes. A terceira, esta sim eficaz, consistiu em oferecer um espaço de acolhimento e relaxamento. Através de técnicas de relaxamento corporal, meditação e dinâmicas, foi possível emergir questões represadas e promover, portanto, relatos de alívio, bem estar e redução das pressões internas.

Ao comparar os resultados de pré-vestibulandos com estudantes da mesma série, mas que não pretendem cursar o ensino superior, percebe-se que não há redução da ansiedade. Este fato ocorre por ser freqüente, entre estes jovens, outro fator estressante: a entrada no mercado de trabalho na mesma época em que outros tentam entrar numa faculdade. Esta iniciativa ocorre, muitas vezes, pela exigência familiar e financeira, não sendo uma questão de escolha pessoal e, com isso, aumentan-

do o nível de ansiedade (Oliveira & Robazzi, 2001; Oliveira, Amaral, Triguero, Teixeira & Sá, 2005).

Tabela 4 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Série (final)

Avaliando cada Domínio por Classe Sócio Econômica (CSE) observa-se que, realizando a análise de variância entre as classes no domínio Físico, encontrou-se $F=1,723$ e $p 0,099$, ou seja, estatisticamente não houve diferença entre as classes neste domínio. No entanto, todos os outros apresentaram diferenças significantes. No domínio Psicológico, obteve-se $F=3,203$ e $p 0,002$. Através do teste de Tukey, as diferenças foram: D é diferente de C1 (0,021), B2 (0,022) e B1 (0,008). No Nível de Independência, $F= 4,875$ e $p 0,000$. A classe E foi diferente das classes D (0,021), C2 (0,029), C1 (0,003), B2 (0,003), B1 (0,004) e A2 (0,003); A1 foi diferente de C1 (0,036), B2 (0,042) B1 (0,057) e A2 (0,039). No domínio Relações Sociais, $F=20,626$ e $p 0,000$. As diferenças significantes foram: a classe E foi diferente de C1 (0,015), de B2 (0,002) de B1, A2 e A1 (0,000); as classe D e C2 foram diferentes de B2, B1, A2, A1 (0,000); A Classe C1 foi diferente de (B2 (0,021), A1 (0,001), B1 e A2 (0,000); a classe B2 foi diferente de B1 (0,003), A2 (0,010) 2 A1 (0,047). No domínio Ambiente, $F=102,565$ e $p 0,000$. As diferenças significantes entre as classes foram: a classe E foi diferente das classes B2 (0,029), B1, A2 e A1 (0,000); as classes D e C2 foram diferentes das classes C1, B2, B1, A2 e A1 (0,000); a classe C1 foi diferente das classes B2, B1, A2 e A1 (0,000); a classe B2 foi diferente de B1, A2 e A1 (0,000). No domínio Aspectos Espirituais Religião e Crenças Pessoais, $F=8,838$ e $p 0,000$. Através do teste de Tukey, as diferenças encontradas foram: A1 e A2 são diferentes de D, C2, C1, B2 e B1 (0,000).

A partir destes resultados nota-se que os representantes da classe A2 sobressaíram-se no domínio Nível de Independência. Os pertencentes às classes A1 e A2 apresentaram melhor desempenho nos domínios Relações Sociais e Ambiente; ficando com o pior rendimento em Aspectos espirituais / Religião / Crenças Pessoais. Os integrantes da classe D apresentaram resultados mais baixos no domínio Psicológico e Ambiente. Observa-se que as melhores médias dos domínios tendem a estar concentradas nas classes sócio-econômicas mais altas (B1, A2 e A1). Essa realidade é inversa apenas no domínio Aspectos Espirituais / Religião / Crenças Pessoais.

Vários autores apontam o alto índice de religiosidade nas classes mais populares quando comparados aos das classes altas, assim como foi identificado nesta amostra. Estes autores abordam o crescimento das classes menos privilegiadas nas igrejas de todas as religiões, mas, principalmente, nas chamadas “evangélicas” ou “pentecostais”. Este fenômeno ocorre pelo fato das religiões oferecerem às camadas populares grupo de pertença, suporte social, apoio, alívio de sofrimento, conforto e motivações para enfrentar a pobreza e as dificuldades (Couto, 2001, Almeida & Monteiro, 2002, Tedesco, 2002, Valla, 2002, Jurkevics, 2004, Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008).

Couto (2001) assinala que há diferenças de posturas diante da vida entre as classes dominantes e as classes mais necessitadas. Nas primeiras, há maior tendência ao individualismo, nas outras, de grupalização e, nesta última, há a busca pela religião, principalmente as igrejas pentecostais que exigem maior comprometimento e grupo de referência.

Quanto aos resultados que apontam maior média nos domínios entre as classes

mais altas, encontrou-se reciprocidade na teoria de Maslow (1987). Segundo o autor, o comportamento, as motivações e o sentimento de bem-estar podem ser explicados por uma seqüência de necessidades, começando pelas mais básicas e subindo até as mais sofisticadas (topo da pirâmide). Satisfazendo as necessidades dos níveis inferiores segue-se para os superiores (necessidades fisiológicas, necessidade de segurança, necessidades sociais, necessidade de auto-estima e necessidade de realização, respectivamente). Seguindo esta hipótese, a classe sócio-econômica E, tendo menor número de necessidades satisfeitas, tende a ter uma qualidade de vida menor. Por outro lado, conforme aumenta o nível sócio-econômico, aumenta o grau de satisfação, a quantidade de necessidades satisfeitas e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Outros autores (Tomasi, Barros & Victora, 1996, Barcellos, Sabrosa, Peiter & Rojas, 2002), assim como Maslow (1987), apontam que, conforme aumenta a renda, aumenta proporcionalmente as condições gerais de vida que podem ser traduzidas por qualidade de vida. Barcellos, Sacrosa, Peiter & Rojas (2002) apontam que “pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde” (p. 133). Os autores acrescentam que uma área com nível alto de renda freqüentemente oferece boa cobertura dos serviços de saneamento, equipamentos de saúde e de educação. Em áreas mais pobres, principalmente aquelas situadas nas periferias das grandes cidades do terceiro mundo, tendem a ter a maior parte destes serviços excluídos.

Minayo, Hartz & Buss (2000) afirmam que:

“Os estudiosos que analisam as sociedades em que as desigualdades

e heterogeneidades são muito fortes mostram que os padrões e as concepções de bem estar são também estratificados: a idéia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar a outro.” (p.9)

É possível encontrar na literatura, também, diferenças de qualidade de vida associadas às diferenças sócio-econômicas (Tomasi, Barros & Victora, 1996). Tedesco (2002) afirma que as instituições de ensino definem o lugar de cada indivíduo na sociedade. Para o autor, a qualidade e a profundidade das informações e ensinamentos de determinada instituição servem para perpetuar as condições de vida, inclusive intelectuais, desta população. Com isso, estar em uma determinada classe sócio-econômica e utilizar os recursos acessíveis a esta classe, fornece condições a esse indivíduo e seus descendente de se manter nela. Por outro lado, pertencer a classes baixas e utilizar os recursos disponíveis para esta classe, perpetua sua inserção nesta condição sócio-econômica. Valla (2002), concordando com esta idéia, acrescenta que as políticas públicas desenvolvidas no Brasil, incentivam a manutenção destas condições em que o pobre se mantém pobre e o rico se mantém rico. Ferreira (2008) acrescenta que, quando uma sociedade oferece condições desiguais, cria grupos de desiguais.

Buscando relacionar os resultados obtidos pelo instrumento WHOQOL-100 com outras populações, comparou-se com os resultados obtidos por Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon (1999), com a amostra de validação do questionário para a população brasileira. Os autores selecionaram 300 pessoas para compor a amostra, sendo 250 pacientes de um hospital de clínicas de Porto Ale-

gre e 50 voluntários, chamados de controle. Na Tabela 7 verifica-se os resultados obtidos pelos autores.

Tabela 5 - Comparação dos escores dos Domínios em relação à presença de doença (controle x paciente). (final)

Nota-se que as médias obtidas pelos adolescentes deste estudo estão próximas às adquiridas pela amostra “controle” de validação do questionário WHOQOL-100, exceto nos domínios Ambiente e Espiritualidade, em que os resultados se aproximaram mais da Amostra de pacientes.

Quanto ao menor índice no Domínio Espiritualidade, encontrado entre os adolescentes, é importante ressaltar que, com o avanço da idade, há uma tendência a desenvolver a espiritualidade ou ligar-se mais enfaticamente a alguma religião (Duarte, Lebrão, Tuono & Laurenti, 2008). O Domínio ambiente avalia qualidade do meio ambiente em que o indivíduo vive, sua segurança, condições físicas da sua realidade, etc. Os adolescentes indicam que estão pouco satisfeitos com o lugar e as condições em que vivem. Ferreira (2008) aponta que, no Brasil, maior parte das infrações (cerca de 83,1%) feitas por adolescentes são contra a propriedade, ou seja, o adolescente demonstra de várias formas (tanto neste questionário quanto nos atos infracionais) sua insatisfação e desejo de ter mais para se sentir incluído. Nota-se que o melhor desempenho neste domínio foi da classe sócio-econômica mais alta (A1) que, provavelmente é modelo (ideal) para todas as outras, mais ou menos insatisfeitas.

Segundo Maia (2008), a população adolescente é considerada a mais saudável por apresentar baixas taxas de mortalidade por morbidade ao comparar com todas as outras faixas etárias. A autora acrescenta

que, embora esta população sofra menos de doenças contagiosas do que em períodos anteriores da história, é, cada vez mais, vítima ou agente de problemas evitáveis, resultantes da própria personalidade, do estilo de vida e das condições sócio-econômicas em que vivem. No Brasil (Vermelho, 1996; Macedo, Paim, Silva & Costa, 2001; Waiselfisz, 2007), esta realidade se impõe com números cada vez mais altos de mortalidade por causas externas. Além das perdas, do ponto de vista da saúde, observa-se hoje que os adolescentes vêm se caracterizando pelo alto risco a que estão expostos.

Ferreira, Alvim, Teixeira e Veloso (2007) afirmam que é necessário conhecer profundamente o indivíduo ou grupo em que se pretenda intervir, principalmente tratando-se de adolescentes. Acrescentam que, para poder beneficiar esta população, é preciso se aproximar dela, compartilhar suas dúvidas, anseios, conhecimentos e estabelecer uma relação, se tornando referência de ajuda. Informam, ainda, que é importante conhecer seus referenciais de saúde, os fundamentos destes referenciais, seus hábitos e práticas de higiene. As autoras, em seus estudos, identificaram o desejo do jovem de falar e debater sobre temas recorrentes no seu cotidiano, como gravidez precoce, medidas preventivas para gravidez, uso de drogas, entre outros. Os resultados do presente estudam aproximam profissionais e autoridades da população adolescente, oferece subsídios para intervenções baseadas em informações sobre esse grupo.

Costa e Bigras (2007) apontam que para proteger e promover a qualidade de vida na adolescência, é de fundamental importância a presença de adultos que se tornem referência. Estes adultos podem ser aqueles que já fazem parte da vida pessoal destes jovens, ou seja, os pais,

professores, parentes, entre outros. Podem também ser adultos que fazem parte do suporte e assistência social, ou seja, profissionais da saúde pública, na implementação de ações eficazes. Sejam quais forem os adultos de referência, suas ações devem resultar em melhorias das condições gerais de saúde, e também no desenvolvimento de habilidades que favorecem integração social.

Através dos questionários de qualidade de vida observou-se que os domínios onde a amostra apresentou os melhores resultados foram os relacionados a aspectos físicos e capacidade funcional. Estes resultados podem estar relacionados à grande habilidade física, potência e força que o adolescente vem adquirindo a partir da puberdade. Estas características próprias desta população podem ser otimizadas através de atividades, dentro e fora da escola, que aperfeiçoem estas habilidades, de modo a ser possível melhor aproveitar melhor tais recursos. Estes resultados sugerem que novas e constantes pesquisas devem ser feitas com o intuito de verificar quais habilidades são mais freqüentes nos grupos que se pretende intervir. Os aspectos positivos desta população podem ser grandes aliados em programas de prevenção ao uso de drogas, contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, depressão ou promoção de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2007). Critério de classificação econômica no Brasil. Recuperado em 18/05/2010 em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf
- Almeida, R. & Monteiro, P. (2001). Trânsito religioso no Brasil. São Paulo Perspectiva, 15(3), 92-100.
- Barbosa, E. M. S., Petribú, K., Mariano, M. H. A., Ferreira, M. N. L. & Almeida, A. (2008). Qualidade de vida na depressão pós-parto na adolescência. Revista Brasileira Psiquiatria, 30(1), 86-87.
- Barcellos, C. C., Sabrosa, P. C., Peiter, P. & Rojas, L. I. (2002). Organização Espacial, Saúde e Qualidade de Vida: Análise Espacial e Uso de Indicadores na Avaliação de Situações de Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 11(3), 129 - 138.
- Barker, C. L., Routledge, J., A., Farnell, D. J., Swindell, R. & Davidson, S. E. (2009). The impact of radiotherapy late effects on quality of life in gynaecological cancer patients. British Journal of Cancer, 100(10), 1558-65.
- Bird, C. E. & Rieker, P. P. (1999). Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's. Social Science and Medicine, 48(6), 745-755.
- Bosma, I., Reijveld, J. C., Douw, L., Vos, M. J., Postma, T. J., Aaronson N. K.; Muller, M., Vandertop, W. P., Slotman, B. J., Taphoorn, M. J., Heimans, J. J. & Klein, M. (2009). Health-related quality of life of long-term high-grade glioma survivors. Neuro-Oncology, 11(1), 51-8.
- Brasil (2008). MEC (Ministério da Educação e Cultura). Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Reestruturação e Expansão do Ensino Médio no Brasil. Brasília. Recuperado em 18 de maio de 2010 de: [HTTP://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf](http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/2009/gt_interministerialresumo2.pdf)
- Calazans, R. & Lustoza, R. Z. (2008). A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. Arquivos brasileiros de psicologia, 60(1), 124-131.
- Chen, X., Zheng, Y., Zheng, W., Gu, K., Chen, Z., Lu, W., Shu, X. O. (2009). The

- effect of regular exercise on quality of life among breast cancer survivors. *American Journal Epidemiology*, 170(7), 854-62.
- Costa, M. C. O. & Bigras, M. (2007). Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. *Ciência saúde coletiva*, 12(5), 1101-1109.
- Couto, M. T. (2001). Religiosidade, reprodução e saúde em famílias urbanas pobres. *Interface (Botucatu)*, 5(8), 27-44.
- Dias, L. S., Nazareno, E., Zanini, D. S. & Mendonça, H. (2008). Vestibular e Adolescência: Perspectivas teóricas e Implicações Sócio-psicológicas. *Fragments de Cultura*, 18(7/8), 625-636.
- Duarte, Y. A O, Lebrão, M. L., Tuono, V. L. & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil do idoso no município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 5(24), 173-177.
- Ferreira, M. A., Alvim, N. A. T., Teixeira, M. L. O. & Veloso, R. C. (2007). Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto contexto – enfermagem*, 16(2), 217-224.
- Ferreira, S. L. (2008). Estudo comparativo sobre o adolescente autor de ato infracional no centro (Estados Unidos da América) e na periferia (Brasil) do capitalismo *Revista Urutágua - revista acadêmica multidisciplinar*. (Maringá), n.14. Recuperado em 04 de dezembro de 2009 de: [Http://www.urutagua.uem.br/014/14ferreira.htm](http://www.urutagua.uem.br/014/14ferreira.htm).
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência saúde coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Frugoli JR., H. (2000). Centralidade em São Paulo: trajetórias, conflitos e negociações na metrópoli. São Paulo. Cortez. Editora da Universidade de São Paulo.
- Funari, P. P. A. (2001). Os desafios da destruição e conservação do Patrimônio Cultural no Brasil. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 41(½), 23-32.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Caderno Saúde Pública*, 18 (supl.), S103-S112.
- Heilborn, M. L. (1999). Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Zahar.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de População e Indicadores Sociais. *População Jovem no Brasil*. Rio de Janeiro.
- Jörngarden, A., Wettergen, L. & Essen, L. V. (2006). Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4: 91. Recuperado em 15 de dezembro de 2009 de: <http://www.hqlo.com/content/4/1/91>
- Jurkevics, V. I. (2004). Os santos da igreja e os santos do povo: devoções e manifestações de religiosidade popular. Tese de Doutorado, Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná,

- Curitiba. Recuperado em 4 de dezembro de 2009 de: <http://www.poshistoria.ufpr.br/documentos/2004/Veraluciajurkevics.pdf>
- Lima, F. O., Ude, W. E., Miguel, A. C. R. & Braga, L. Z. L. (2005). Qualidade de Vida e Grupo de Adolescentes: uma Experiência no Projeto Rede Coltec: Juventude, Famílias e Projeto de Vida. SIEXBRASIL: 17832. Anais do 8o Encontro de Extensão da UFMG. Área Temática Principal: promoção da saúde e qualidade de vida. Belo Horizonte.
- Liu, R., Page, M., Solheim, K., Fox, S. & Chang S.M. (2009). Quality of life in adults with brain tumors: current knowledge and future directions. *Neuro-Oncology*, 11(3), 330-339.
- Maia, A. C. S. B. (2008). Saúde e Adolescência - Hábitos e Comportamentos dos adolescentes que freqüentam clínica privada no conselho do Barreiro. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Marcondes, W. B., Rotenberg, L., Portela, L. F. & Moreno, C. R. C. (2003). O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. *São Paulo Perspectiva*; 17(2), 91-101.
- Maslow, A. M. (1987). *Motivationn and personality*. New York: Harper & Row
- Menezes Filho, N. (2007). Os determinantes das Matrículas no Ensino Fundamental e Médio. Ibmecc São Paulo e FEA-USP. Seminário PNAD – C GEE. Recuperado em 02 de dezembro de 2009 de: www.cgee.org.br/arquivos/pnad_m1_03
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência saúde coletiva*. 5(1), 7-18.
- Ministério da Saúde. (1996). Programa de atenção à saúde integral do adolescente. (PROSAD). Recuperado em 18 de maio de 2010 de:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/adolejuventu2.swf>
- Ministério Da Saúde. (2004). Religião afasta jovens das drogas. Recuperado em 17 de março de 2010 de: <http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/NOTCod=55946>
- Movimento nossa São Paulo. (2008). A cada assassinato em Moema, 130 são mortos no Grajaú. Notícia veiculada em 23/01/2008 - 14:22h. Recuperada em 06 de maio de 2010 de: <http://www.nossasaopaulo.org.br/portal/node/129>
- Neri, A. L. (2001). Envelhecimento e qualidade de vida em mulher. In 2o Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas. Recuperado em 02 de dezembro de 2002 em:
<http://portaldoenvelhecimento.net/artigos/maio2007/2congresso.pdf>.
- OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre drogas. (2010). Estudantes de ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino das 27 capitais Brasileiras. Recuperado em 03 de março de 2010, em:
http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Dados_Estatisticos/indicadores/327431.pdf
- Oliveira, B. R. G. & Robazzi, M. L. C.C. (2001). O trabalho na vida dos adolescentes: alguns fatores determinantes para o trabalho precoce. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(3): 83-89.
- Oliveira, D. C., Amaral, M. A., Triguerei, M. C., Teixeira, V. & Sá, C. P. (2005). A positividade e a negatividade do trabalho nas re-

- apresentações sociais de adolescentes. *Psicologia Reflexão Crítica*; 18(1), 125-133.
- Pidala, J., Anasetti, C. & Jim, H. (2009). Quality of life after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood*, 114(1), 7-19.
- Pinheiro, R. S., Viacava, F., Travassos, C. & Brito, A. S. (2002). Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4), 687-707.
- Rocha, T. H. R., Ribeiro, J. E. C., Pereira, G. A., Aveiro, C. C. & Silva, L. C. A. M. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psicologia USF*, 11(1), 95-102.
- Rodrigues, D. G. & Pelisoli, C. (2008). Ansiedade em vestibulandos: um estudo exploratório. *Revista psiquiatria clínica*, 35(5), 171-177.
- Stevenson, D. A. & Carey, J. C. (2009). Health-related quality of life measures in genetic disorders: an outcome variable for consideration in clinical trials. *American Journal of Medical Genetic. Part C Seminars in Medical Genetics*, 151C(3), 255-60.
- Suplicy, M. (1995). *Sexo para adolescentes*. São Paulo: FTD.
- Tedesco, J. C. (2002). Os fenômenos de segregação e exclusão social na sociedade do conhecimento. *Cadernos de Pesquisa*, 117, 13-28 .
- Teixeira, A. F., Aliane, P. P., Ribeiro, L. C. & Ronzani, T. M. (2009). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goiânia, MG. *Estudos psicologia (Natal)*, 14(1), 51-57.
- Tomasi, E., Barros, F. C. & Victora, C. G. (1996). Situação sócio-econômica e condições de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*, 12 (suppl 1), S15-S19.
- Traverso-Yépes, M. A. & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14 (2): 133-147.
- Valla, V. V. Pobreza, (2002). Pobreza, Emoção e Saúde: uma discussão sobre pentecostalismo e saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, 19, 63-75. Recuperado em 04 de dezembro de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/275/27501906.pdf>
- Waiselfisz, J. J. (2007). Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007. Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana, RITLA; Instituto Sangari; Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT); Brasília.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

idade	14 anos	5,4%
	15 anos	20,7%
	16 anos	29,4%
	17 anos	31,0%
	18 anos	10,4%
	19 anos	2,2%
	20 anos	0,5%
	21 anos	0,2%
	22 anos	0,1%
	gênero	masculino
feminino		53,8%
série	1 ^a	35,1%
	2 ^a	31,4%
	3 ^a	33,5%
Classe sócio econômica	A1	1,4%
	A2	6,9%
	B1	14,8%
	B2	28,1%
	C1	28,9%
	C2	13,8%
	D	5,7%
	E	0,5%

Tabela 2 – Medidas Descritivas das Facetas e dos Domínios do Whoqol 100

		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
FACET1	2406	4	19	11,26	2,56	
FACET2	2402	4	20	14,32	2,66	
FACET3	2402	4	20	16,03	3,32	
FACET4	2403	4	20	15,76	2,55	
FACET5	2403	5	20	14,48	2,41	
FACET6	2400	4	20	16,06	2,54	
FACET7	2402	4	20	15,65	3,16	
FACET8	2404	4	20	9,76	3,23	
FACET9	2396	5	20	16,51	2,67	
FACET10	2402	4	20	15,52	2,38	
FACET11	2401	4	20	5,97	2,58	
FACET12	2402	4	20	16,66	2,42	
FACET13	2404	5	20	16,15	2,36	
FACET14	2404	4	20	14,88	3,04	
FACET15	2388	4	20	14,93	3,03	
FACET16	2402	4	20	11,67	2,37	
FACET17	2402	4	20	14,76	2,90	
FACET18	2402	4	20	12,35	2,82	
FACET19	2402	4	20	12,81	3,00	
FACET20	2402	5	20	14,42	2,60	
FACET21	2403	4	20	14,17	3,07	
FACET22	2398	4	20	12,70	2,52	
FACET23	2399	4	20	13,56	3,27	
FACET24	2395	4	20	15,24	3,43	
Classificação Geral	2402	4	20	15,53	2,34	
Domínio Físico	2402	5	20	14,36	2,11	
Domínio Psicológico	2401	6	20	15,23	2,07	
Nível de Independência	2401	5	20	16,67	1,72	
Relações Sociais	2404	7	20	15,32	2,10	
Ambiente	2400	6	19	13,30	1,89	
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	2395	4	20	15,24	3,43	

Tabela 3 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Gênero

Domínios	Gênero	N	Média	Desvio pa- drão	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	Masculino	1102	14,87	1,97	7,44	20
	Feminino	1294	13,92	2,13	5,00	20
	Total	2396	14,36	2,11	5,00	20
Domínio Psicoló- gico	Masculino	1101	15,61	1,98	7,60	20
	Feminino	1294	14,91	2,08	6,40	20
	Total	2395	15,23	2,07	6,40	20
Nível de Indepen- dência	Masculino	1101	16,95	1,64	9,25	20
	Feminino	1294	16,44	1,75	5,50	20
	Total	2395	16,67	1,72	5,50	20
Relações Sociais	Masculino	1104	15,12	2,08	7,00	20
	Feminino	1294	15,49	2,12	7,00	20
	Total	2398	15,32	2,11	7,00	20
Ambiente	Masculino	1101	13,55	1,92	7,13	19,63
	Feminino	1293	13,09	1,84	6,38	19
	Total	2394	13,30	1,89	6,38	19,63
Aspectos espirituais/Reli- gião/Crenças pessoais	Masculino	1097	14,82	3,67	4,00	20
	Feminino	1292	15,61	3,16	4,00	20
	Total	2389	15,25	3,43	4,00	20

Tabela 4 – Estatísticas Descritivas dos Domínios por Série

DOMÍNIOS	GÊNERO	N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÍNIMO	MÁXIMO
Domínio Físico	Masculino	1102	14,87	1,97	7,44	20
	Feminino	1294	13,92	2,13	5,00	20
	Total	2396	14,36	2,11	5,00	20
Domínio Psicológico	Masculino	1101	15,61	1,98	7,60	20
	Feminino	1294	14,91	2,08	6,40	20
	Total	2395	15,23	2,07	6,40	20
Nível de Independência	Masculino	1101	16,95	1,64	9,25	20
	Feminino	1294	16,44	1,75	5,50	20
	Total	2395	16,67	1,72	5,50	20
Relações Sociais	Masculino	1104	15,12	2,08	7,00	20
	Feminino	1294	15,49	2,12	7,00	20
	Total	2398	15,32	2,11	7,00	20
Ambiente	Masculino	1101	13,55	1,92	7,13	19,63
	Feminino	1293	13,09	1,84	6,38	19
	Total	2394	13,30	1,89	6,38	19,63
Aspectos espirituais/Religião/Crenças pessoais	Masculino	1097	14,82	3,67	4,00	20
	Feminino	1292	15,61	3,16	4,00	20
	Total	2389	15,25	3,43	4,00	20

Tabela 5 - Comparação dos escores dos Domínios em relação à presença de doença (controle x paciente).

Domínio	Média (dp)	
	Controle	Paciente
Domínio Físico	14,6	12,3
Domínio Psicológico	15,2	13,8
Domínio Nível de Independenc.	17,1	13,4
Domínio Relações Sociais	15,7	14,4
Domínio Meio Ambiente	14,0	13,1
Domínio Esperitualidade	16,3	15,4

Fonte: Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon (1999)