



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

RAIMUNDO PIRES JUNIOR

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO  
MOTOR EM ESCOLARES**

---

Londrina  
2010

RAIMUNDO PIRES JUNIOR

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO  
MOTOR EM ESCOLARES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientador Prof. Dr. Arli Ramos de Oliveira

Londrina

2010

FÁBIO LUIZ CHECHE PINA

**ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO MOTOR EM  
ESCOLARES**

Este exemplar corresponde à defesa de  
Dissertação de Mestrado defendida por  
Fábio Luiz Cheche Pina e aprovada pela  
Comissão julgadora em 09/03/2010.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Arli Ramos de Oliveira  
Orientador

---

Prof. Dr. Hugo Tourinho Filho  
Membro Externo

---

Prof. Dr. Dartagnan Pinto Guedes  
Membro Interno

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2010.

## **DEDICATÓRIA**

*Algumas pessoas ocuparam lugar decisivo em minha vida e carreira profissional. A estes, cronologicamente mencionados, minha eterna gratidão.*

*Aos meus pais, Raymundo Pires Netto e Brigida Melem Pires (In Memoriam) que desde a mais tenra idade jamais deixaram de fazer o que lhes era possível e o imaginável.*

*À minha companheira de jornada, minha esposa querida Andréia P. Pires, que nunca deixou de me apoiar e incentivar em qualquer momento de nossas vidas.*

*Ao meu sobrinho Carlos Augusto Pires Schroeder e aos meus filhos Lucas P. Pires e Gabriel P. Pires, minha fonte de luta e superação.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Arli Ramos de Oliveira, por ter me orientado neste Curso de Mestrado, pela sua experiência profissional., de vida, paciência e compreensão, minha admiração e gratidão.

Ao Professor Dartagnan Pinto Guedes, meu norte na minha carreira profissional há mais de 20 anos.

Aos professores, companheiros de profissão e fonte de incentivo, meus verdadeiros amigos, Hugo Tourinho Filho e Gustavo André Borges.

Ao meu irmão de coração Eldo (Dinho) Padilha, pois, sem sua atuação este trabalho não aconteceria.

À todos os acadêmicos da UNOPAR que auxiliaram na coleta e dados e contribuíram decisivamente para este estudo, em especial ao Daniel, Paulo, Gabriel, Guilherme, Carlos, Álvaro, Byanca, Jenifer, Adriana, Aline, Camila, Solange e Talita.

Ao professor Leandro Ricardo Altimari, pela disponibilidade e auxílio em momento crucial.

Aos escolares que fizeram parte deste estudo, aos diretores e coordenadores do colégio.

PIRES JUNIOR, Raymundo. **Análise da qualidade de vida e desempenho motor em escolares.** 2010. 89f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

## RESUMO

Qualidade de vida (QV) é um construto formado por dimensões que compõem o bem-estar e autopercepção da saúde. A aptidão física entre crianças e adolescentes tem demonstrado níveis baixos pelo advento da modernidade favorecendo cada vez mais o surgimento das doenças hipocinéticas. Mediante o exposto, o objetivo deste estudo é analisar a QV e desempenho motor (DM) relacionados à saúde em escolares de uma escola da rede privada de Londrina, Paraná. Participaram do estudo 588 escolares, sendo 325 rapazes e 263 moças, dos 12 aos 17 anos de idade que responderam ao Questionário Kidscreen-52 para avaliação da QV e realizaram os testes de DM Sentar-e-alcançar, dinamometria manual e o Vai-e-vem 20m. A amostra foi selecionada pelo método não probabilístico e os dados foram tratados mediante estatística descritiva, com cálculo de homogeneidade utilizando o teste de Levene, seguidos da ANOVA na associação entre QV, DM com as idades e gênero, e ANCOVA na associação entre QV e DM. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ . Os resultados apontaram valores médios significativos a favor dos rapazes em QV nas dimensões “Saúde e atividade física”, “Bem-estar psicológico”, “Estado de humor geral”, “Autopercepção”, “Autonomia” e “Vida familiar”, enquanto que para as moças os maiores escores foram observados na dimensão “Amigos e apoio social”. Entre os mais jovens, a QV apresentou diferença estatística na dimensão “Saúde e atividade física”; entre os com mais idade na dimensão “Rejeição social”, e aqueles com idades intermediárias foram superiores na dimensão “Recursos financeiros”. No DM os rapazes foram significativamente superiores na aptidão cardiorrespiratória e em força de preensão manual, enquanto as moças foram superiores em flexibilidade. No decorrer das idades os mais velhos sempre apresentaram valores significativos mais altos em todas as capacidades motoras investigadas. Quanto à associação entre QV e DM relacionado ao  $VO_{2máx}$ , as diferenças estatísticas ocorreram apenas na dimensão “Saúde e atividade física” a favor dos escolares com melhores índices de QV e na dimensão “Amigos e apoio social” com superioridade para os jovens de QV intermediária. Para força manual e flexibilidade não foram observadas diferenças estatísticas, entretanto, os escolares com QV intermediária foram superiores na maioria das dimensões. É possível admitir mediante os resultados apresentados que os rapazes têm melhor QV que as moças na maioria das dimensões; que os escores de QV são maiores para os mais jovens com maior envolvimento em atividades físicas, bem como a rejeição social é menor entre os mais velhos; e os escolares com idade intermediária adotam um estilo de vida que lhes permite fazer as mesmas coisas que seus pares. No DM, os rapazes apresentaram melhores resultados na capacidade aeróbica e força e as moças em flexibilidade. E na associação entre QV e DM é possível inferir que nem sempre aqueles com escores mais elevados de QV, apresentam melhor desempenho físico.

**Palavras-chave:** Kidscreen. Qualidade de vida. Aptidão física.

PIRES JUNIOR, Raymundo. **Analysis of quality of life and motor performance on schoolers**. 2010. 89f. Dissertation (Master in Physical Education) –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010

## ABSTRACT

Quality of life (QL) is a construct made up of dimensions that comprise well being and self-perceived health. Physical fitness among children and adolescents has achieved low levels since the advent of modern life, increasingly favoring the emergence of hypokinetic diseases. Therefore, the purpose of this study was to analyze the QL and motor performance (MP) related to health in schoolers from a private school in Londrina, Parana. The study participants were 588 school children and adolescents, of which 325 boys and 263 girls, in the age range from 12 to 17 years, who answered to the Kidscreen-52 Questionnaire for assessment of QL and MP tests of *Sit-and-Reach*, manual dynamometry and 20-m Shuttle run. The sample was selected by the non probabilistic method and data were processed using descriptive statistics, using Levene's test of homogeneity, followed by ANOVA in the association between QL, MP with age and gender, and ANCOVA in the association between QL and MP. The significance level adopted was  $p < 0.05$ . The results indicated significant mean values favoring boys in QL on the "Physical", "Psychological well-being", "Moods and emotions", "Self-perception" and "Parent Relations and Home Life" dimensions, while the greatest scores for girls were found in the "Social Support and Peers" dimension. Among the younger subjects, QL showed statistical difference in the "Physical" dimension; and among the older ones in the "Social Acceptance (Bullying)" dimension, and those with intermediate age were superior in the "Financial Resources" dimension. In MP boys were significantly superior in cardiorespiratory fitness and handgrip strength, while girls were superior in flexibility. Regarding the ages, the oldest subjects always showed significantly higher values in all investigated motor skills. Regarding the association between QL and MP with  $VO_2max$ , statistical differences were found only in the "Physical" dimension, favoring schoolers with higher QL indexes and in the "Social Support and Peers" dimension it was superior for schoolers with intermediate QL. No statistical differences were found for handgrip strength and flexibility. However, schoolers with intermediate QL were superior in most dimensions. From the results, it is possible to conclude that boys have a better QL than girls in most dimensions; that the QL scores are higher for the younger with greater involvement with physical activity, and social rejection is lower among the older subjects. Schoolers with intermediate age adopt a lifestyle that allows them to do the same things as their peers. In MP, the boys showed better results in aerobic capacity and strength and girls in flexibility. Regarding the association between QL and MP, it is possible to infer that not always those with higher scores in QL show better physical performance.

**Key words:** Kidscreen. Quality of life. Physical fitness.

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1</b> - Número de sujeitos envolvidos no estudo (N=588) .....  | 39 |
| <b>Tabela 2</b> - Valores de média, desvio padrão e estatística F equivalentes às dimensões associadas à qualidade de vida entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná .....  | 46 |
| <b>Tabela 3</b> - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos testes de Sentar-e-Alcançar, Dinamometria Manual e Vai-e-Vem 20m entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná .....                                  | 51 |
| <b>Tabela 4</b> - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Vai-e-Vem de 20m, com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná .....     | 55 |
| <b>Tabela 5</b> - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Dinamometria manual., com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná ..... | 56 |
| <b>Tabela 6</b> - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Flexibilidade, com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná .....        | 57 |

## LISTA DE ABREVIATURAS

|        |  |
|--------|--|
| QV     | Qualidade de Vida                                    |
| DM     | Desempenho Motor                                     |
| OMS    | Organização Mundial da Saúde                         |
| DEF    | Departamento de Educação Física                      |
| CCS    | Centro de Ciências da Saúde                          |
| PNUD   | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento    |
| PIB    | Produto Interno Bruto                                |
| ICV    | Índice de Condição Vida                              |
| CE     | Comissão Européia                                    |
| HBSC   | <i>Health Behaviour in School Aged Children</i>      |
| QVRS   | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde                |
| IMC    | Índice de Massa Corporal                             |
| ACSM   | <i>American College of Sports Medicine</i>           |
| SRT    | <i>Shuttle Run Test</i>                              |
| ANOVA  | Análise de Variância                                 |
| ANCOVA | Análise de Covariância                               |
| IPAQ   | <i>International Physical Activity Questionnaire</i> |
| WHOQOL | <i>World Health Organization Quality of Life</i>     |
| CEFE   | Centro de Educação Física e Esporte                  |
| QVRS   | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde                |
| IDH    | Índice de Desenvolvimento Humano                     |
| UEL    | Universidade Estadual Londrina                       |
| UEM    | Universidade Estadual de Maringá                     |

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 11 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 13 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL.....   | 13 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....   | 13 |
| <b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....  | 14 |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                                    | 16 |
| 4.1 QUALIDADE DE VIDA.....  | 16 |
| 4.1.1 Subjetividade e Multidimensionalidade em Qualidade de Vida. ....  | 18 |
| 4.1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) .....                | 19 |
| 4.1.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida .....              | 20 |
| 4.2 KIDSCREEN-52 .....  | 23 |
| 4.2.1 Dimensões do KIDSCREEN-52.....                                    | 25 |
| 4.3 APTIDÃO FÍSICA .....  | 29 |
| 4.4 DESEMPENHO MOTOR.....   | 32 |
| 4.4.1 Resistência Cardiorrespiratória .....                             | 33 |
| 4.4.2 Força Muscular .....  | 34 |
| 4.4.3 Flexibilidade.....  | 37 |
| <b>5 MÉTODO</b> .....   | 38 |
| 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....                                      | 38 |
| 5.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA .....  | 38 |
| 5.3 COLETA DE DADOS .....   | 39 |
| 5.3.1 Aplicação do KIDSCREEN-52.....                                    | 40 |
| 5.3.1.1 Procedimentos metodológicos para aplicação do KIDSCREEN-52..... | 41 |
| 5.3.2 Testes de Desempenho Motor .....                                  | 41 |
| 5.3.2.1 Protocolos dos testes de desempenho motor .....                 | 42 |
| 5.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO .....  | 44 |

|   |    |
|---|----|
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....                                 | 45 |
| 6.1 QUALIDADE DE VIDA.....  | 45 |
| 6.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DESEMPENHO MOTOR .....      | 50 |
| 6.3 QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO MOTOR.....                         | 54 |
| <br>  |    |
| <b>7 CONCLUSÃO</b> .....  | 60 |
| <br>  |    |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 62 |
| <br>  |    |
| <b>ANEXOS</b> .....   | 74 |
| <b>ANEXO A</b> - Termo de Consentimento livre e esclarecido.....      | 75 |
| <b>ANEXO B</b> - Proyecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008 ..... | 78 |
| <b>ANEXO C</b> - Proyecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008 ..... | 83 |
| <b>ANEXO D</b> - Proyecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008 ..... | 89 |

## 1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o ser humano busca incessantemente a saúde. Desde as ações mágico-religiosas da antiguidade até os dias atuais. Em meados do século 20 as ações sanitárias que já aconteciam há algum tempo, juntamente com o advento da era bacteriológica, associado às ações higienistas, proporcionaram ao homem maior sobrevida, até então sem igual. (FARINATTI; FERREIRA, 2006).

Com o aumento da longevidade do ser humano, mediante redução das doenças infecto contagiosas que assolavam a humanidade, as acometidas ao sistema cardiovascular passaram a ser as responsáveis pela maior taxa de mortalidade. Os hábitos do cotidiano passaram a ganhar cada vez maior importância, ficando claro que o estilo de vida passou a exercer papel fundamental na prevenção das doenças da modernidade, tais como as relacionadas aos aspectos nutricionais, sedentarismo, câncer, as de ordem respiratória, bem como aquelas de fatores psicossociais. Exemplo disso, os indivíduos com comportamentos preventivos nestas dimensões do bem-estar, tem aumentado sua sobrevida (GUEDES; GUEDES, 1995; NAHAS, 2006; DOÑA, 2002).

Estas doenças têm causando grande prejuízo para todo o sistema monetário mundial e com maior impacto ao sistema previdenciário (PATE et al., 1995). Neste paradigma, não basta apenas viver com ausência de doenças, mas sim evitá-las, viver mais e melhor, pelo maior tempo possível, iniciando estes hábitos desde a mais tenra idade (DOÑA, 2002).

Esta preocupação é ainda maior em crianças e adolescente, uma vez que o comprometimento do seu desenvolvimento normal acarreta riscos mais graves à saúde, podendo tornar-se irreversíveis. Cada vez mais são importantes as medidas que visam diagnosticar os comportamentos de ordem biológica, social e psicológica nesta população, bem como ações para melhoria do bem-estar, qualidade de vida e saúde (COSTA, BIGRAS, 2007; GASPAR; MATOS, 2008).

Além destes aspectos, os componentes da aptidão física relacionada à saúde (resistência/força muscular, flexibilidade, resistência aeróbia e gordura corporal) são preponderantes para garantia da qualidade de vida positiva, onde o indivíduo se afasta ao máximo das doenças (BARBANTI, 1990). Guedes e Guedes (1995) afirmam que ao se engajar em programas regulares de atividades físicas, o

indivíduo provavelmente será mais ativo e mais saudável. Mota et al (2002) demonstram a preocupação na promoção do desempenho motor e aptidão física entre escolares, na tentativa de combater as imposições da vida moderna que estão contribuindo para o aparecimento de doenças associadas ao sedentarismo entre os jovens.

As ações direcionadas ao aprimoramento e à conservação do corpo humano são norteadas pela Organização Mundial da Saúde (1996) e abrangem dimensões dirigidas ao bem-estar individual e coletivo, que além da atividade física, contempla também os aspectos pessoais, ambientais, psicológicos, sociais e culturais como fatores determinantes para uma boa qualidade de vida. Portanto, o desafio atualmente é verificar o quanto cada indivíduo tem de positivo nestas dimensões no sentido de assegurar melhor qualidade de vida.

Entre os jovens, as ações direcionadas aos comportamentos para uma boa qualidade de vida devem começar o quanto antes, por ser um período sensível a mudanças, tanto positivas, quanto negativas nos aspectos comportamentais e ambientais (CURRIE et al., 2004; GUEDES, 2007). No campo da atividade física, muitos são os estudos que procuram identificar o nível de aptidão física relacionada à saúde através do desempenho motor em crianças e adolescentes. No campo do bem-estar poucos são os que investigam a qualidade de vida principalmente entre brasileiros. E raríssimos são os que apontam a associação entre qualidade de vida e desempenho motor na população jovem (MALINA, 1990; GUEDES, 2002; SERASSUELO JR et al., 2005; LA TORRE et al., 2006; OH et al., 2009).

Assim, surgem as seguintes indagações: a qualidade de vida pode ser influenciada pelo desempenho motor entre jovens? A idade ou gênero pode exercer alguma influência no comportamento dessas variáveis?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Diante do exposto o objetivo deste estudo é analisar a qualidade de vida e o desempenho motor entre os escolares de uma escola da rede privada da cidade de Londrina, Estado do Paraná.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como Objetivos Específicos:

- a) Identificar indicadores ligados à qualidade de vida, de acordo com a idade e gênero.
- b) Caracterizar indicadores ligados ao desempenho motor, de acordo com a idade e gênero.
- c) Verificar a existência de possíveis diferenças associadas ao desempenho motor de acordo com as dimensões de indicadores relacionados à qualidade de vida.

### 3 JUSTIFICATIVA

Na área da Educação Física inúmeros estudos procuram identificar o nível de aptidão física entre os jovens na tentativa de manutenção e/ou promoção da saúde através da atividade física (MOTA et al., 2002; GANLEY; SHERMAN, 2000; GLANER, 2005). Esta ideia se justifica no sentido de evitar o surgimento das doenças relacionadas à hipocinesia, uma vez que a vida moderna, com equipamentos eletro-eletrônicos à disposição da população, tem contribuído fortemente para este fato (GUEDES; GUEDES, 1995; NAHAS, 2006).

Para a população jovem especificamente, poucos são os instrumentos que se prestam a avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) para os considerados saudáveis. Ravens-Sieberer e o Grupo Europeu Kidscreen (2001) afirmam não existir instrumentos padronizados, transculturais, para aplicação com relevância equivalente nessas populações em diferentes países. Com este propósito, foi criado o Kidscreen, instrumento de avaliação de QVRS para jovens saudáveis, como para aqueles portadores de alguma disfunção crônica, na faixa etária compreendida entre 8 e 18 anos de idade e que fornece também medidas para os pais. É composto por 10 dimensões, Saúde e Atividade Física; Bem-estar Psicológico; Estado de Humor Geral; Autopercepção; Autonomia (Tempo Livre); Família e Ambiente Familiar; Questões Econômicas; Amigos e Relações Interpessoais; Ambiente Escolar e Aprendizagem e Rejeição Social (provocação, *bullying*), que procuram identificar o nível de qualidade de vida geral., como para cada uma destas dimensões.

Há, portanto, o isolamento de fatores que são imprescindíveis aos jovens em idade escolar: a aptidão física, principalmente a relacionada à saúde e a investigação da qualidade vida. A identificação destes atributos pode contribuir tanto para a manutenção e melhoria da qualidade de vida, bem como para o aprimoramento dos componentes do desempenho motor relacionados à saúde, na expectativa que aqueles com altos níveis de aptidão física nos componentes motores, podem ter melhor qualidade de vida. Isso se reflete no fato de que os mais ativos fisicamente parecem ter melhor relacionamento com seus pares, menor propensão a doenças, lidam melhor com a pressão psicológica em relação ao meio

em que vivem, entre outros indicativos da boa saúde e qualidade de vida influenciado pela atividade física (GONÇALVES et al., 2007; GUEDES et al., 2001).

A relevância desse estudo se justifica na tentativa de avaliar o desempenho motor, identificar a qualidade de vida, na expectativa de proporcionar bem-estar e saúde entre os jovens; auxiliar pais e educadores na condução de vida dos seus filhos/escolares, identificando possíveis déficits nas diferentes dimensões de qualidade de vida, e; promover a prática da atividade física para melhoria da saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

Temas pertinentes são tratados nesta seção na tentativa de elucidar aqueles componentes que constituem a estrutura deste trabalho, que se encontram dispostos numa sequência de forma a possibilitar o melhor entendimento ao leitor. Primordialmente, os itens qualidade de vida, o instrumento de verificação da qualidade de vida entre jovens, Kidscreen-52 e a aptidão física relacionada à saúde, são os destaques desta revisão.

### 4.1 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de Vida (QV) é um dos assuntos de maior destaque na atualidade, sendo discutido e estudado desde o meio acadêmico, científico, político, imprensa escrita e falada, até a população em geral. Esta importância se deve ao fato de que o ser humano busca constantemente uma maneira de viver melhor: cientistas realizam suas pesquisas na tentativa de proporcionar melhoria da qualidade de vida e os meios de comunicação tratam de disseminar as informações em todas as camadas sociais.

No meio científico, na base de dados *PubMed*, aparecem 145.667 trabalhos para o termo “*Quality of Life*” entre artigos, teses e dissertações das mais diferentes áreas do conhecimento humano, como Medicina, Engenharia, Psicologia, Pedagogia, Educação Física entre outras.

O homem ao longo do tempo vem buscando constantemente “viver melhor”, “estar bem”, “viver bem” Dados históricos reportam esta preocupação desde a pré-história, quando o homem atribuía essa condição aos desígnios divinos num contexto mágico-religioso. Estas ações sempre tiveram como foco a busca pela saúde e seus determinantes e assim aconteceu nas sociedades egípcia, grega, romana, como também na Idade Média, chegando à era da modernidade através da revolução industrial até os dias atuais. No final do século XIX, foram as ações sanitárias que nortearam os princípios de saúde: água potável, saneamento básico, higiene pessoal., enfatizando o meio ambiente físico como estratégia de

saúde pública reduziu grandemente o número de mortes. A partir das décadas de 40-50 com as descobertas da microbiologia foi que a humanidade deu um salto na expectativa e qualidade de vida (FARINATTI; FERREIRA, 2006). Até então eram as doenças infecto-contagiosas as responsáveis pela maioria das mortes entre os seres humanos. Com o avanço da medicina, proporcionando meios de tratamento eficaz para estas doenças, são agora, as decorrentes do sistema cardiovascular que ocupam este lugar. (NAHAS, 2006).

Paradoxalmente as novas tecnologias proporcionaram o contraponto que por um lado favoreceram a longevidade e por outro, maior incidência de doenças da modernidade, como as relacionadas ao sedentarismo, as de ordem psíquica e nutricional. Atualmente, as ações dirigidas à coletividade humana são no sentido de relacionar os fatores determinantes destas doenças, os danos provocados à saúde e as medidas de controle e prevenção para melhoria da qualidade de vida. (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Na tentativa de definir qualidade de vida, Vido e Fernandes (2007), salientam que a humanidade traz referências históricas mesmo antes da Era Cristã, a exemplo de Sócrates (469-399 a.C.) que afirmava que o mérito moral determinava a qualidade de vida; Aristóteles (384-322 a.C.) mencionava que as pessoas distintas concebem boa vida ou bem-estar como sendo a mesma coisa que felicidade, e que o significado de felicidade torna-se uma questão de contestação, pois alguns afirmam ser uma coisa, outros dizem ser outra, quando o homem adoece concebe saúde com sendo felicidade, quando empobrece é a riqueza que proporciona esta percepção. (GILL et al., 1994).

Após a Segunda Guerra Mundial., o conceito de “boa vida” foi usado para descrever a posse de bens materiais como casa própria, carros e outros bens de consumo. Com o passar do tempo, o crescimento econômico e industrial ampliou esse conceito, integrando as áreas da saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual., segurança e diminuição da morbimortalidade infantil. Nos anos 80, QV configura-se em diferentes dimensões na percepção de bem-estar. E é a partir da década de 90 que a definição de qualidade de vida parece consolidar-se em dois aspectos relevantes: subjetividade e multidimensionalidade. (SEIDL; ZANNON, 2004).

#### 4.1.1 Subjetividade e Multidimensionalidade em Qualidade de Vida

Multidimensionalidade segundo Seidl e Zanon (2004) é o construto composto por diferentes dimensões. São perspectivas nos campos biológicos, psicológico, cultural e econômico, que auxiliam de forma subjetiva o entendimento de qualidade de vida.

Já subjetividade é a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde, é a forma como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões sobre qualidade de vida e essa a definição depende do ponto de vista do próprio indivíduo. É um conceito vasto, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e as suas relações com aspectos do ambiente em que vive, baseado na sua própria percepção do que é QV. (WHOQOL GROUP, 1995).

O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de qualidade de vida assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL GROUP, 1994).

Há de se destacar que este significado pode ser diferenciado levando-se em conta a faixa etária ou a comunidade em que está inserido. Para o jovem, QV pode ter um sentido, de forma a prevenir doenças e aumentar a expectativa de vida, enquanto para os idosos, as ações que possam auxiliar nos efeitos biológicos do envelhecimento, a independência física, a saúde psicológica, melhoria da funcionalidade entre outras, provocam outro sentido na QV. Por outro lado, esta percepção pode diferir entre pessoas com características individuais e condições de vida semelhantes, ficando evidente a percepção individual na interpretação dos indicadores de qualidade de vida (GONÇALVES; VILARTA, 2004; NAHAS, 2006).

O conceito assumido pela OMS apresenta uma aceção mais ampla, sem fazer referência a disfunções. Nesta perspectiva genérica os estudos incluem pessoas saudáveis, restringindo as portadoras de agravos específicos. Os instrumentos utilizados para avaliação da QV devem, portanto, englobar aspectos importantes relacionados à saúde e refletir o impacto de uma doença sobre o

indivíduo. Deve também permitir comparar a qualidade de vida de indivíduos sadios com doentes, como também aqueles que vivem em diferentes contextos sociais e culturais. (ARAGÃO, 2007).

#### 4.1.2 Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Uma segunda vertente é a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), do inglês *Health-Related Quality of Life* (HRQL), que considera também os aspectos quanto às enfermidades, às disfunções e às intervenções terapêuticas em saúde, identificando o seu impacto destes na QV (VIDO; FERNANDES, 2007). De modo geral., os instrumentos de avaliação de QVRS incluem itens que refletem os sintomas e limitações das funções físicas, psicológicas e sociais, como são percebidos pelos próprios indivíduos ou pelos outros. Investiga detalhes específicos, sendo recomendado nas pesquisas clínicas ou nas estratégias de mudança de QV, mediante as intervenções (ARAGÃO, 2007). Segundo Minayo et al (2000) as expressões Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS) bem como Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) são similares, uma vez que a primeira é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial. A segunda é o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos. Nestas duas definições, o conceito fundamental de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde é igualmente a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas, bem como os danos a ela relacionados.

De forma genérica, a qualidade de vida é um dos objetivos da promoção à saúde, que tem como meta, evitar doenças e prolongar a vida, assegurando meios para uma vida melhor, no sentido de reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados a seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008). A partir da década de

80 estas ações passaram a ganhar destaque no campo da saúde pública, principalmente a partir da Carta de Ottawa (OMS, 1986) que enfatizou alguns pré-requisitos para a saúde que inclui paz, meios econômicos adequados, alimentação e moradia, ecossistema e uso de meios sustentáveis, na expectativa da melhoria da qualidade de vida.

Ao longo desses anos, medidas quantitativas de qualidade de vida e saúde foram sendo implantadas com o objetivo de diagnosticar, sugerindo alternativas de tratamento, prevenção e controle nas diferentes dimensões que compõem o constructo QV.

#### 4.1.3 Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida

Segundo Vido e Fernandes (2007), os primeiros instrumentos para medir QV apareceram na literatura a partir da década de 1970. Sua construção segue três correntes a se destacar: funcionalismo, que define um estado normal para certa idade e função social e seu desvio, ou morbidade, caracterizado por indicadores individuais de capacidade de execução de atividades; teoria do bem-estar, que explora as reações subjetivas das experiências de vida, buscando a competência do indivíduo para minimizar sofrimentos e aumentar a satisfação pessoal e de seu entorno; e a teoria da utilidade, de base econômica, que pressupõe a escolha dos indivíduos ao compararem um determinado estado de saúde a outro (MINAYO et al., 2000).

Os instrumentos genéricos são caracterizados pela investigação da QV em indivíduos saudáveis e não restrito a pessoas com doenças (SAIDL; ZANON, 2004). São apropriados a estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação do sistema de saúde, destacando-se o WHOQOL-100 (The World Health Organization Quality of Life Assessment), com 100 questões, que envolvem seis domínios da qualidade de vida: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente (segurança física, vizinhança, recursos econômicos, etc.) e espiritualidade (religião e crenças). E o WHOQOL-Bref, forma curta, com 26 questões que contempla quatro domínios da QV: domínios físico, psicológico, social e ambiental. Foram desenvolvidos pela OMS que criou o WHOQOL group em 1995

(FLECK et al., 2000). Vale destacar outros instrumentos utilizados para avaliar a QV ou QVRS, como o SF-36 (The Medical Outcomes Study 36 itens) (CICONELLI, 1997); *Sickness Impact Profile* (SIP), *Nottingham Health Profile* (NHP), *McMaster Health Index Questionnaire* (MHIQ) e *Rand Health Insurance Study* (Rand HIS) entre outros (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; ZUBARAN et al., 2008).

Já os instrumentos específicos são destinados a grupos com sintomas e limitações físicas, psicológicas, sociais e são em grande número para este fim, como para os idosos WHOQOL-Old (FLECK et al., 2000); para o trabalhador (OLIVEIRA, 1997); para portadores de câncer (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core-30 - EORTC QLQ-C3*); para diabéticos (*Audit of Diabetes Dependent Quality of Life - ADDQoL*), (BRADLEY, 1999); e são muitos, dirigidos para os mais diferentes agravos, como para pessoas portadoras de deficiências físicas ou mentais, de fibrose cística, de HIV, de epilepsia, de artrite reumatóide, como também para aqueles submetidos a cirurgias ou tratamentos. Neste caso em especial., foi desenvolvido o QALY (*Quality-Adjusted Life-Years*), que tem como meta a qualidade de vida dos pacientes para um patamar melhor do que o anterior à intervenção, usualmente apresentado como custo por ano de vida ganho, ajustado pela qualidade (MINAYO et al., 2000).

No campo social., os indicadores estatísticos caracterizam o grau de qualidade de vida ou desenvolvimento humano. Um dos mais conhecidos mundialmente o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), foi criado com a intenção de analisar os aspectos econômicos (nível de renda, PIB - *Produto Interno Bruto* e emprego), com os de natureza social e cultural (saúde, expectativa de vida, índices de mortalidade e morbidade, escolaridade e alfabetização, desnutrição e obesidade). Esta tríade fundamenta a qualidade de vida de uma população. Outros indicadores também são utilizados, como o ICV (*Índice de Condição de Vida*), criado pela Fundação João Pinheiro de Belo Horizonte, Brasil e o IQV (*Índice de Qualidade de Vida*), desenvolvido pelo Jornal Folha de São Paulo (MINAYO et al., 2000; NAHAS, 2006).

Assim como para os adultos, os instrumentos de avaliação da QV ou QVRS se prestam aos aspectos genéricos e específicos direcionados às crianças e aos adolescentes. O Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé - AUQEI,

(ASSUMPÇÃO JR. et al., 2000); o World Health Organization Quality of Life WHOQOL-Bref (BAMPI et al., 2008); o Child Health Questionnaire-Parent Form 50 - CHQ-PF50 (FALEIROS; MACHADO, 2006); o Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire - P-CPQ (FEITOSA; COLARES; PINKHAM, 2005) e o Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey (COSTA; BIGRAS, 2007) são exemplos dos instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida. Já o Obstructive Sleep Apnea-18-Item Questionnaire - OSA-18, que é um questionário para avaliação da qualidade de vida de crianças com distúrbios obstrutivos do sono (SILVA; LEITE, 2006); o Inventário Simplificado de Qualidade de Vida na Epilepsia Infantil (FERNANDES; SOUZA, 1999); o Questionário de Qualidade de Vida em Fibrose Cística (ROZOV et al., 2006) e o Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire - PAQLQ-A (LA SCALA; NASPITZ; SOLÉ, 2005) fazem parte dentre inúmeros outros instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

Nas idades jovens, objeto deste estudo, segundo Barros; Gropo e Petribú (2008), os estudos sobre QV tem sido conduzidos na sua maioria aos adultos, já para as crianças e adolescentes, tem ocorrido em menor número. Os mesmos autores realizaram levantamento nos bancos de dados MEDLINE LILACS, PsycINFO, PubMed e Adolec, no período de 1966 a 2008 em todas as línguas que utilizassem instrumentos de satisfação com a vida voltados para adolescentes, estando ou não relacionados à avaliação de algum tipo de doença ou transtorno. Foram incluídos artigos que continham a avaliação de qualidade de vida de jovens entre 12 e 18 anos e foram encontradas 176 publicações que envolviam temas associados à satisfação com a vida e à qualidade de vida dos adolescentes. Davim et al (2008) encontraram 236 referências bibliográficas provenientes do MEDLINE e 35 do LILACS no descritor em ciências da saúde com os termos qualidade de vida e *quality of life* no período de 2000 a 2007. Observaram também um crescimento no número de estudos sobre qualidade de vida em crianças e adolescentes nos anos entre 2001 a 2004 e declínio considerável no número de publicações a partir de 2005.

Particularmente quanto ao Kidscreen-52 (Ravens-Sieberer et al e KISDCREEN Group, 2005), trata-se de um instrumento de avaliação de qualidade de vida genérico, com 52 questões, para as idades entre 8 a 18 anos, com propriedades psicométricas transculturais, possibilitando sua aplicação em diferentes contextos nacionais e culturais. Fornece medidas práticas da QVRS tanto

em crianças e adolescentes saudáveis como aqueles que apresentam alguma enfermidade, permitindo também uma medida representativa para pais ou tutores, além de permitir a comparação da saúde e condição de vida entre os jovens Europeus, do Sudeste Asiático, da América do Norte e América Latina.

Num estudo de revisão literária acerca de instrumentos para dimensionar a qualidade de vida relacionada à saúde em crianças e adolescentes, Schlarmann, Blau e Schnepp (2008) concluíram que o Kidscreen parece ser o mais adequado a esta finalidade, uma vez que apresentou os melhores resultados psicométricos no construto multidimensional., que está relacionado aos aspectos físico, emocional., mental., social e comportamental do bem-estar como percepção subjetiva e em diferentes contextos culturais e de sistemas de valores dependendo onde vive este jovem.

#### 4.2 Kidscreen-52

O Projeto Kidscreen (Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Crianças e Adolescentes – uma perspectiva europeia), financiado pela Comissão Europeia (CE), através do programa “Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico: Atividades de Natureza Genérica”, inserido no 5º Programa da CE “Qualidade de Vida e Gestão de Recursos de Vida”, foi iniciado em 2001 com o objetivo de medir e detectar subgrupos com baixa QVRS, monitorar o estado de saúde ao longo do tempo e avaliar o impacto das intervenções em saúde pública numa determinada população jovem. Este projeto ocorreu pelo fato de Ravens-Sieberer e Grupo Europeu Kidscreen (2001), afirmarem não haver instrumentos padronizados, transculturais para aplicação com relevância equivalente em populações de crianças e adolescentes em diferentes países. O primeiro instrumento Kidscreen (estudo piloto) foi desenvolvido e traduzido para quatro países: Alemanha, França, Espanha e Holanda e após extensivas análises e pesquisas psicométricas, resultou a versão com 52 questões. A fase seguinte consistiu na aplicação de amostras representativas nestes países para análise de dados nacionais. A próxima fase compreendeu a implantação do instrumento com a participação originalmente de sete países: Áustria, Suíça, Alemanha, Espanha,

França, Holanda e Inglaterra. Após o estudo piloto, quando o instrumento básico foi desenvolvido, três novos países se juntaram aos demais: Grécia, Irlanda e Suécia, posteriormente Polônia, República Tcheca e Hungria e o estudo de referência teve início com 13 países. Em 2003 todos os países fizeram um inquérito nacional representativo e assim tomaram parte na fase de implantação em 2004 do Kidscreen-52, instrumento de avaliação de QVRS para jovens saudáveis, como para aqueles portadores de alguma disfunção crônica, na faixa etária compreendida entre 8 e 18 anos de idade e que fornece também medidas para os pais ou tutores (RAVENS-SIEBERER; KIDSCREEN GROUP, 2005; ROBITAIL; KIDSCREEN GROUP, 2006).

No que diz respeito a estas idades, a investigação do estado de saúde subjetiva em amostras nacionais e internacionais vem ganhando importância, como demonstram os estudos da OMS através do Health Behaviour in School Aged Children - HBSC (CURRIE et al., 2001). Por outro lado, Rajmil e o Grupo Europeu Kidscreen (2004) verificaram que o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde para estas faixas etárias parece não estar claro, uma vez que as análises em instrumentos específicos e genéricos de medida de QVRS apresentaram diferenças nas definições, apesar dos domínios que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde serem praticamente os mesmos, mas a forma com que eram tratados diferenciava. Os autores enfatizam a importância das dimensões serem relevantes e necessárias para descrever o conceito de QVRS em crianças e adolescentes, sendo um construto multidimensional reportado em vários estudos para populações adultas.

Neste sentido o Kidscreen procura contemplar os domínios que foram encontrados nestes instrumentos após exaustiva revisão e pelo fato que a construção de um questionário segundo Ravens-Sieberer e European Group (2001), a criança ou adolescente devem ser chamados para expressar seu ponto de vista quanto ao seu bem-estar e percepção da saúde nos aspectos físico, cultural., envolvimento social., estressores sociais, comportamentos de saúde e suporte social. Assim foram incluídas as seguintes dimensões no Kidscreen-52: Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Auto Percepção; Autonomia / Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Econômicas; Amigos e Relações Interpessoais; Ambiente Escolar e Aprendizagem e *Bullying* (provocação por outros jovens), além de estabelecer a QVRS medida também por seus pais ou

tutores. Desta forma, determinantes relevantes como variáveis demográficas, saúde física e mental da criança e do adolescente e sua relação com os pais (tutores), são verificados neste instrumento.

#### 4.2.1 Dimensões do KIDSCREEN-52

O KIDSCREEN-52 contempla 10 dimensões, que são assim descritas no seu manual (2005) e devem ser interpretadas da seguinte forma (THE KIDSCREEN GROUP EUROPE, 2006):

##### **Dimensão 1 - Saúde e Atividade Física (Bem-estar Físico)**

Esta dimensão explora o nível de atividade, energia e aptidão física da criança e/ou adolescente distribuído em 5 itens. O nível de atividade física é avaliado com referência à sua capacidade para praticar atividade física em torno da sua casa e da escola, tais como desportos específicos e também incluindo outras atividades de grupo que geram impacto na atividade física. Esta dimensão também parece envolver a capacidade dos jovens para brincar e viver energeticamente. Por extensão são também avaliados sentimentos de mal-estar e queixas de uma saúde pobre. Uma pontuação baixa implica sentir-se exausto fisicamente, não se sentir bem, ter baixa energia, estar fora de forma fisicamente e uma pontuação elevada revela boa forma física, uma vida ativa fisicamente, sentir-se saudável e com energia.

##### **Dimensão 2 – Sentimentos (Bem-estar Psicológico)**

Avalia através de 6 itens o bem-estar psicológico da criança/adolescente, incluindo emoções positivas e satisfação com a vida. As questões procuram compreender até que ponto a criança/adolescente experimenta sentimentos positivos tais como a felicidade e alegria. Também reflete a opinião acerca da satisfação com a vida até ao momento. Uma pontuação baixa implica falta de prazer na vida, insatisfação com a vida e uma pontuação elevada revela

percepção de felicidade, com olhar positivo sobre a vida, satisfação, prazer e alegria de viver.

### **Dimensão 3 - Estado de Humor Geral (Estado de Ânimo e Emoções)**

Abrange o quanto é que a criança/adolescente experimenta sentimentos e emoções depressivas e estressantes. Revela especificamente sentimentos tais como a solidão, tristeza e resignação. Além disso, esta dimensão contempla como é que esses sentimentos são percebidos. Apresenta pontuação elevada na qualidade de vida se estes sentimentos negativos forem raros, sentindo-se bem, com bom humor. Uma pontuação baixa implica sentir-se deprimido, infeliz, com mau humor. Este conjunto é avaliado por 7 questões.

### **Dimensão 4 - Autopercepção (Sobre si próprio)**

Explora, mediante 5 itens, se a percepção que o jovem tem de si próprio, incluindo a aparência do corpo é positiva ou negativa. A imagem corporal é explorada por questões acerca da satisfação da aparência com roupas e outros acessórios pessoais. Avalia o quão seguro e satisfeito a criança e/ou adolescente se sente consigo próprio e com a sua aparência. Também reflete o valor que a pessoa atribui a si própria e a percepção de quanto positivamente os outros a avaliam. Uma pontuação baixa implica uma imagem corporal negativa, auto-rejeição, infelicidade, insatisfação consigo, baixa autoestima, sentindo-se desconfortável com a sua aparência e uma pontuação elevada revela autoconfiança, satisfação com a sua imagem corporal., felicidade consigo, boa autoestima, de maneira a sentir-se confortável com sua aparência.

### **Dimensão 5 - Autonomia (Tempo Livre)**

Esta dimensão incide sobre a oportunidade dada à criança ou adolescente para criar e gerir o seu tempo livre, que é visto como um fator importante do desenvolvimento para a definição da sua identidade. Em 5 questões, esta dimensão refere-se à liberdade de escolha da criança/adolescente, autossuficiência e independência. Em particular, é considerada nesta dimensão a

forma como o jovem molda a sua própria vida, bem como a capacidade de tomar decisões em atividades do cotidiano. Também avalia se a criança/adolescente se sente suficientemente provida de oportunidades para participar de atividades sociais no seu tempo livre. Uma pontuação baixa implica sentir-se restringido, oprimido, dependente e uma pontuação elevada revela sentir-se livre, autônomo, independente.

### **Dimensão 6 - Família e Ambiente Familiar (Vida Familiar)**

Esta dimensão avalia a relação com os pais e o ambiente em casa. Explora em 6 questões a qualidade das interações entre os jovens e os pais ou tutores e os sentimentos da criança/adolescente para com os mesmos. É particularmente importante perceber na relação familiar, se este jovem percebe ser amado, se recebe apoio da família, se o ambiente familiar é confortável e também se sente que o tratam com justiça. Uma pontuação baixa implica sentir-se sozinho, negligenciado, não apreciado, perceber os pais como pouco disponíveis e injustos e uma pontuação elevada revela sentir-se seguro, apoiado e amado, sentir-se compreendido, bem cuidado, perceber pais disponíveis e justos.

### **Dimensão 7 - Questões Econômicas (Recursos Financeiros)**

Nesta dimensão, é avaliada em 3 itens, a percepção da criança/adolescente acerca dos recursos financeiros. Explora se o jovem sente que tem recursos financeiros que lhe permitam adotar um estilo de vida que é comparável ao das outras crianças/adolescentes e se permite ter oportunidade para fazer atividades em conjunto com os seus pares. Uma pontuação baixa implica sentir que os recursos financeiros restringem seu estilo de vida pela desvantagem financeira. Uma pontuação elevada revela sentir-se satisfeito com os recursos financeiros.

### **Dimensão 8 - Amigos (Relações Interpessoais e Apoio Social)**

Explora a natureza das relações da criança/adolescente com seus pares. A dimensão explora a qualidade das interações entre os jovens, bem como o

suporte percebido das mesmas. As 6 questões abordam como a criança sente o apoio e aceitação dos amigos e a sua capacidade para iniciar e manter relações de amizade. Em particular, são considerados aspectos relativos à comunicação com os outros. Também explora a extensão em que o jovem experimenta sentimentos positivos de grupo e o quanto é que se sente como fazendo parte de um grupo e respeitado pelos seus pares e amigos. Uma pontuação baixa implica sentir-se excluído, pouco aceito e sem apoio do grupo de pares e incapaz de confiar neles. Uma pontuação elevada revela sentir-se aceito, apoiado e incluído no grupo de pares e capaz de confiar neles.

### **Dimensão 9 - Ambiente Escolar e Aprendizagem (Meio Escolar)**

Esta dimensão explora a percepção que a criança/adolescente tem da sua capacidade cognitiva, aprendizagem e concentração. Também inclui a satisfação deste jovem acerca da sua competência e desempenho escolar. São aqui considerados os sentimentos pela escola, tais como, se a escola é um espaço agradável para se estar. Também explora a forma como a criança/adolescente percebe a sua relação com os professores. Esta dimensão inclui, numa das 6 questões, por exemplo, se jovem se relaciona bem com os professores e se os professores se interessam pelos alunos enquanto pessoas. Uma pontuação baixa implica que não gosta da escola e/ou dos professores, possui sentimentos negativos acerca da escola e pode envolver baixa capacidade de aprendizagem e uma pontuação elevada revela sentir-se satisfeito na escola, ter boa capacidade de aprendizagem e estar satisfeito com a vida escolar.

### **Dimensão 10 – Provocação (*Bullying* – Rejeição Social)**

Envolve aspectos acerca dos sentimentos de rejeição pelos pares na escola. Explora os sentimentos de ser rejeitado pelos outros, bem como a ansiedade para com o grupo de pares. Um aluno é provocado quando outro aluno ou grupo de alunos lhe dizem ou fazem coisas más, desagradáveis, além de ameaças. É também provocação quando um aluno é repetidamente rebaixado perante os outros. Mas não é provocação quando dois alunos sensivelmente do mesmo nível brigam. Esta dimensão aponta mediante 3 itens, valores elevados na qualidade de vida se

estes sentimentos negativos forem raros. Uma pontuação baixa implica sentir-se atormentado, provocado e rejeitado pelos seus pares e uma pontuação elevada revela não se sentir provocado, sentir-se respeitado e aceito pelos seus pares.

Cada uma destas dimensões recebe uma pontuação que podem ser analisadas separadamente ou considerando o cômputo das 10 dimensões, assumindo escore 100 como pontuação máxima para aqueles com melhor qualidade de vida.

O instrumento Kidscreen está atualmente disponível em tcheco, holandês, inglês, francês, alemão, grego, húngaro, polonês, espanhol, sueco, coreano e mais recentemente em português (BERRA et al., 2009; GASPAR; MATOS, 2008; HONG et al., 2007; ROBITAIL et al., 2006; KISCREEN GROUP, 2006; AYMERICH et al., 2005).

Além do instrumento com 52 questões, foi validado para os países europeus o Kidscreen-27, contendo 27 questões de forma sintetizada do primeiro questionário (RAVENS-SIEBERER, 2007).

A seguir serão discutidos os componentes da aptidão física relacionada à saúde e o desempenho motor de crianças e adolescentes.

#### 4.3 APTIDÃO FÍSICA

Para melhor entendimento da aptidão física, necessário se torna apresentar o conceito de atividade física na sua mais clássica aceção: qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, que resulta em gasto energético maior que os níveis de repouso (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). Este comportamento pode envolver atividades da vida diária (vestir-se, banhar-se, comer), ocupacionais (trabalho), deslocamentos (transporte) e lazer (exercícios físicos, esporte, televisão, computador).

A aptidão física vem recebendo ao longo dos anos definições que se ajustam mediante as necessidades de bem-estar do homem. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu aptidão física como a capacidade de realizar trabalho muscular de maneira satisfatória. De acordo com esta tendência onde o indivíduo deve apresentar condições que lhe permita bom desempenho

motor quando submetido a situações que envolvam esforços físicos, Pate (1988) engloba aspectos importantes que são destacados para aptidão física, como um estado caracterizado pela capacidade de executar atividades diárias com vigor e demonstração de traços e capacidades associadas com baixo risco de desenvolvimento prematuro de doenças hipocinéticas. Estas definições, segundo o Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM, 2000), incluem capacidades que são multifatoriais e componentes que podem ser definidos, medidos e desenvolvidos separadamente.

A aptidão física, mediante as definições mais clássicas, se divide em duas vertentes: a aptidão física relacionada à saúde (AFRS) e aptidão física relacionada à performance motora ou habilidades esportivas. Nesta, estão relacionados os componentes que permitem a performance máxima nos esportes: resistência cardiorrespiratória, composição corporal, flexibilidade, força/resistência muscular, agilidade, equilíbrio, velocidade e potência. Já a aptidão física relacionada à saúde compreende as capacidades que em níveis adequados possibilitam maior energia ao cotidiano, diminuindo a possibilidade do acometimento das doenças crônico-degenerativas, estando diretamente relacionada à prática de atividades físicas, bem como ao estilo de vida ativo. Os componentes da AFRS são: resistência cardiorrespiratória, composição corporal, flexibilidade e força/resistência muscular (BARBANTI, 1990; ACSM, 2000; NAHAS, 2006).

Atualmente parece estar claro que a atividade física e aptidão física estão associadas à saúde e à qualidade de vida, uma vez que em níveis adequados afastam o aparecimento de inúmeras doenças relacionadas à hipocinesia, proporcionando bem-estar, afastando o risco de doenças. Este comportamento segundo NAHAS (2006), é de grande importância para todas as faixas etárias, principalmente para aqueles de meia idade e idosos, quando os riscos potenciais se materializam, podendo levar ao óbito. Já para Guedes e Guedes (1995), concordam quanto à importância devida a todas as idades, entretanto, chamam a atenção que na infância e adolescência, os indivíduos apresentam maior sensibilidade às características motoras mencionadas anteriormente. Ceschini; Florindo; Benício (2007), demonstraram que níveis mais elevados de atividade física na infância e adolescência, podem influenciar a aptidão física relacionada à saúde na idade adulta, afirmando que jovens fisicamente ativos, provavelmente serão adultos fisicamente ativos, podendo desenvolver maior proteção contra as doenças

hipocinéticas, bem como serem indivíduos com melhor qualidade de vida. Oliveira et al (2005) através de levantamento bibliográfico, afirmaram que hábitos e estilo de vida saudável adquiridos na infância se estendem para a vida adulta. Também aqueles com valores elevados de IMC na infância e adolescência, apresentam grandes chances de serem adultos com sobrepeso (MAMUN et al., 2009).

Essas evidências estão de acordo com a definição mais clássica de saúde pela OMS, como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano, voltados a um estado de completo bem-estar físico, mental e social., onde não basta apenas não estar doente para ter saúde, é preciso apresentar atitudes e evidências que afastem ao máximo os riscos que possam provocar doenças. Assim, a aptidão física relacionada à saúde aparece como modulador entre os aspectos de saúde e de doença durante a vida do ser humano. BARBANTI (1990) denomina como *continuum*, onde num extremo, o pólo negativo, o indivíduo estaria acamado e necessitando de atenção e cuidados médicos, estando associado à morbidade e à mortalidade prematura; noutro extremo, o pólo positivo, ou saúde positiva, caracterizado pela saúde ótima, boa capacidade funcional., confirmada pela percepção de bem-estar geral. (GUISELINI, 2004).

A adoção de um estilo de vida saudável segundo NAHAS (2006), pode garantir melhor qualidade de vida, uma vez que objetiva conduzir e/ou estabelecer as pessoas no pólo positivo do *continuum*. As atitudes a seguir são sugeridas pelo autor para um estilo de vida saudável, como comportamentos preventivos: controle do colesterol, pressão arterial., uso de bebidas alcoólicas, tabaco, uso de cinto de segurança, entre outros; nutrição: ingestão de frutas e hortaliças, um bom café da manhã, refeições variadas e controle de doces e gorduras; atividade física: 30 minutos de atividades moderadas / intensas 5 vezes por semana, exercícios que envolvam força e alongamento muscular e ser ativo fisicamente durante o dia; relacionamentos: amigos, parentes e grupos sociais; e, estresse: equilíbrio ao contrariar-se, lazer ativo e relaxamento. Fica evidente que o estilo de vida adotado é determinante para uma boa saúde, Gonçalves; Vilarta (2004), afirmam que o estilo de vida é o resultado da integração de muitos fatores que compõem a nossa existência, são adaptações biológicas e culturais que dependendo do tipo adotado podem interferir negativa ou positivamente na saúde e bem-estar. Também esclarecem que estes comportamentos são aprendidos e modelados durante os primeiros anos, podendo, ao longo da vida ser alterados

mediante influências biológicas, ambientais e culturais. Vale ressaltar que o bem-estar e conseqüentemente a qualidade de vida, dependem do ponto de vista e das circunstâncias de quem dimensiona, entretanto, alguns fatores de risco para a saúde e qualidade de vida tem sido identificados. São fatores de ordem familiar: baixo nível sócio econômico, conflitos familiares, doença mental., dificuldades de organização e comunicação familiar e tamanho da família; fatores emocionais: apatia, estresse, baixa auto-estima e descontrole emocional; fatores ligados a escola/emprego: fracasso, desmotivação, desinteresse, isolamento, provocação (*bullying*) e expectativas positivas e negativas; relacionamentos pessoais: rejeição dos pares, alienação e isolamento; déficits pessoais: deficiência sensorial., física, mental e atraso no desenvolvimento; e, fatores ecológicos: vizinhança, desemprego, pobreza extrema e discriminação (BAUM; POSLUSZNY, 1999; GONÇALVES et al., 2007; SANTOS, 2008).

Assim parece claro a importância em analisar a QV e aptidão física entre jovens, uma vez que os indivíduos desenvolvem um estilo de vida próprio, que se pode alterar ao longo da vida, refletindo suas competências cognitivas, emocionais, físicas, sociais, profissionais e espirituais (RIBEIRO, 2004). E segundo Currie et al (2004), diante do cenário de promoção e prevenção da saúde e qualidade de vida, os programas dirigidos ao desenvolvimento das capacidades das pessoas, devem atuar preferencialmente antes que os sintomas se instalem, promovendo a participação efetiva da população alvo e o desenvolvimento psicossocial. Será assim um processo de otimização, que leva a um estilo de vida saudável, a uma boa percepção de qualidade de vida, de competência pessoal e participação ativa na comunidade.

#### 4.4 DESEMPENHO MOTOR

Como já citado anteriormente, a adoção de um estilo de vida saudável pode garantir melhor qualidade de vida, uma vez que objetiva conduzir e/ou estabelecer as pessoas no pólo positivo do *continuum* da vida (NAHAS, 2006). Principalmente na infância e adolescência, por ser um período sensível a mudanças, tanto positiva quanto negativas nos aspectos comportamentais e ambientais, a

verificação do desempenho motor torna-se ferramenta indispensável para otimizar a promoção da prática de atividades físicas, da saúde e possivelmente da qualidade de vida (KUNKEL; OLIVEIRA; PERES, 2009; MURER, 2008).

Mesmo em apontamentos a exemplo de Matsudo et al. (2003), apesar de parte dos estudos apontarem que um bom desempenho motor nas idades escolar não é garantia para uma boa aptidão física na idade adulta, afirma que a execução de um programa eficiente de Educação Física representa melhor oportunidade para melhoria do nível da aptidão física. Dessa forma salienta que comportamentos estabelecidos durante a infância podem afetar a saúde dos adultos; a prevenção a estilos de vida sedentários na infância é melhor do que tentar revertê-los na idade adulta, sendo melhor ajudar as crianças a desenvolverem hábitos do que alterá-los quando forem adultos.

Mota et al. (2002) também enfoca a preocupação quanto aos programas de Educação Física no sentido de promover o desempenho motor e aptidão física entre os escolares, bem como as imposições da vida moderna a esse grupo, contribuindo para o surgimento das doenças associadas ao aumento do peso corporal. Fica evidenciada a importância da atividade física na prevenção e promoção da saúde. (GANLEY; SHERMAN, 2000; GLANER, 2005).

Mediante os achados, parecem ser relevantes as informações quanto a QVRS e o nível de aptidão no sentido de assegurar a melhor qualidade de vida possível entre os jovens. Assim, aqueles componentes motores da aptidão física relacionada à saúde são aqueles utilizados para este estudo, os quais estão de acordo com o ACSM (2000), compreendidos em fatores motores (flexibilidade e força/resistência muscular localizada) e funcionais (aptidão cardiorrespiratória), além dos morfológicos, fisiológicos e psicológicos, sendo que estes três últimos fatores não são objetos deste estudo.

#### 4.4.1 Resistência Cardiorrespiratória

A capacidade cardiorrespiratória pode ser entendida como a capacidade de realizar exercício dinâmico de intensidade moderada a alta, por grandes grupos musculares, por períodos longos. A realização desta tarefa depende do estado funcional dos sistemas respiratório, cardiovascular e musculoesquelético (FONTOURA; FORMENTIN; ABECH, 2008). Numa conceituação mais clássica é

considerado o componente da aptidão física relacionado à saúde que descreve a capacidade dos sistemas cardiovascular e respiratório em fornecer oxigênio durante uma atividade física contínua (ACSM, 2000).

Segundo Guedes (2007), a resistência cardiorrespiratória depende de dois aspectos: a) da capacidade química dos tecidos musculares utilizarem oxigênio como fonte principal de energia; b) da capacidade combinada dos mecanismos pulmonar, cardíaco, sanguíneo, vascular e celular transportarem o oxigênio até o mecanismo aeróbio dos músculos.

Ao se admitir então que o teste motor para esta finalidade deve oferecer indicações sobre a capacidade de captação, transporte e utilização de oxigênio, para sustentação do trabalho muscular por longa distância, a preferência é por aqueles que envolvam caminhada e corrida, uma vez que os grupos musculares envolvidos, coincidem com aqueles exigidos nas solicitações motoras das atividades do cotidiano (BORGES, 2009; GUEDES, 2007).

Os testes de pista/campo são aqueles utilizados com maior frequência para avaliação de grandes grupos, por serem de fácil aplicação e pelo tempo despendido para sua realização. As distâncias sugeridas são aquelas entre 800 e 2400 metros ou com duração de 9 a 12 minutos. E em se tratando de jovens em idade escolar, vários são os testes utilizados, entre os quais são destacados os testes de 9 e de 12 minutos e o *Shuttle Run Test* de 20 metros (SRT-20m), conhecido como teste de Léger e Lambert (DUARTE; DUARTE, 2001; CARVALHO FILHO; MARTINS; SILVA, 2006).

O indicador fisiológico aceito universalmente como principal componente associado à resistência aeróbica é o  $\dot{V}O_{2max}$ . (Volume Máximo de Oxigênio). Levando-se em conta que o  $\dot{V}O_2$  aumenta proporcionalmente com a velocidade de corrida, Léger, Lambert e Marcier (1983), propuseram o SRT-20 metros (*Shuttle Run Test* - 20 m), o qual foi sugerido para crianças e adolescentes entre 6 e 17 anos, num estudo que envolveu 7000 jovens. Também é denominado teste aeróbico de corrida de Vai-e-Vem de 20 m.

A capacidade cardiorrespiratória, expressa principalmente pelo consumo máximo de oxigênio, tem sido sugerida como medida preferível em relação a questionários que avaliam o nível de atividade física, por sua maior objetividade e menor possibilidade de erro, além de melhor correlacionar com as doenças cardiovasculares. (RODRIGUES et al., 2007).

Duarte e Duarte (2001) publicaram estudos sobre as correlações ( $r$ ) entre medidas diretas de  $V_{O_2}$  e as obtidas no teste aeróbico de corrida de Vai-e-Vem de 20 m. (validade concorrente) entre crianças e adolescentes e encontraram valores que variaram de  $r = 0,51$  a  $r = 0,76$ . Portanto, diante destes achados, como também por outros trabalhos publicados, pode-se estabelecer a aplicabilidade do SRT-20 m (Vai-e-Vem de 20 m) entre jovens em idade escolar (BUONO et al., 1991; BARNETT; CHAN; BRUCE, 1993).

#### 4.4.2. Força Muscular

As medidas associadas à força muscular, são aquelas que exigem tensão/sobrecarga máxima, produzidas por um grupo muscular específico com um único movimento. Os resultados dessa capacidade motora podem apresentar diferentes resultados conforme o grupo muscular exigido, assim, um jovem pode obter elevado índice de força na região abdominal e um resultado não correspondente nos membros superiores, por exemplo. (GUEDES, 2007).

Segundo Schneider, Benetti e Meyer (2004), os testes de campo são práticos para avaliar a força em jovens, mas apresentam algumas desvantagens, já que impossibilitam o controle de fatores que podem influenciar a medida, como a velocidade do movimento, o controle do ângulo articular e as condições ambientais.

Dessa forma, a aferição da força máxima voluntária através da preensão manual, ou simplesmente dinamometria manual (DM), é um teste indicado para estas populações e bastante simples a sua administração, por ser um aparelho portátil (dinamômetro) e de rápida aplicação, uma vez que exige apenas o emprego da força no equipamento. Neste caso, a força empreendida é a isométrica, na qual o músculo se contrai, permanecendo sob tensão constante por um curto intervalo de tempo, porém, há pouca alteração no seu comprimento (SCHLÜSSEL; ANJOS; KAC 2008).

Moura, Moreira e Caixeta, (2008) argumentam que todo o membro superior atua em função da mão, que é posicionada para as atividades básicas, lúdicas e profissionais. Dessa forma, o homem é o único ser capaz de manipular objetos e de executar trabalhos manuais com equilíbrio, firmeza e versatilidade.

Giarolla, Figueira e Matsudo (1991); Esteves, Reis e Caldeira; (2005); Hastuti (2007) afirmam que a mão assume papel importante como órgão do sistema locomotor, principalmente em crianças e adolescentes, pois, tem grande influência na eficiência social e criativa, é capaz de fazer minuciosas distinções entre o meio externo, combinando força e destreza e realiza movimentos como transporte, preensão e manipulação de objetos, essenciais à vida diária, bem como aos esportes.

Segundo Silva (2003), dentre as capacidades físicas voltadas à promoção da saúde, pode-se citar a força como uma das mais importantes devido à sua relação com a diminuição de lesões, aumento da autonomia de movimento, sendo também relatadas algumas melhoras anatômicas e psicológicas.

#### 4.4.3 Flexibilidade

A flexibilidade é a capacidade motora originada pela genética e pelo meio ambiente, sendo este último o que diz respeito aos exercícios e ao estilo de vida. É descrita pela maior medida possível de movimento de um grupo músculo-articular, sem que provoque lesões (ACHOUR JR, 2002). Em níveis satisfatórios, proporciona o aumento e a manutenção da capacidade de suportar esforços físicos, economia do trabalho muscular, profilaxia das lesões músculoesquelético, facilitação do aprendizado de movimentos, otimização da recuperação após um esforço e conservação da autonomia nas atividades habituais. (WEINECK, 2003).

A flexibilidade não se configura como característica geral a todo corpo, mas a uma estrutura articular em particular, mesmo assim, para determinado movimento, o que compreende que um indivíduo pode possuir um bom nível de desempenho nos ísquios-tibiais e baixos níveis na cintura escapular, a exemplo da capacidade de força muscular. (SILVA; LEITE, 2006; GUEDES, 2007).

Por ser específico de cada articulação, um indivíduo não pode ser considerado flexível com base na aplicação de um teste que meça apenas uma articulação. São considerados eficientes, aqueles testes onde a soma de todas as articulações ou o maior número delas estiverem envolvidas ao mesmo tempo. Inúmeros são os instrumentos de medida que podem ser relacionados que atendem estes preceitos: flexômetros, goniômetros, flexiteste, sentar-e-alcançar (*sit-and-*

*reach*), flexão profunda do corpo, tot-flex original., tot-flex melhorado, extensão do tronco, extensão do tronco e braços, flexão lateral do tronco, entre outros (GUEDES; GUEDES, 2006; SILVA, 2003; FONTOURA; FORMENTIN; ABECH, 2008; PITANGA, 2008; BENAVENT et al., 2008).

Destes, o recurso mais descrito frequentemente na literatura para os jovens, é o teste de Sentar-e-Alcançar, por ser prático, não requerer nenhum tipo de movimento sofisticado, ser rápido e de fácil compreensão (SILVA, 2003; GUEDES, 2007).

Mesmo com as dificuldades em a literatura apresentar dados objetivos a cerca da redução de lesões músculo-esquelético naqueles indivíduos com níveis mais elevados de flexibilidade, parece ser verdadeira a suposição que baixos níveis de flexibilidade podem estar associados a muitas lesões e condições crônicas e o contrário (flexibilidade em níveis mais elevados), parece atuar positivamente sobre a saúde e melhoria da qualidade de vida (SILVA, 2003; PEZZETA; LOPES; PIRES NETO, 2003).

Enfim, a qualidade de vida de crianças e adolescentes pode ser influenciada pelo estado de seus componentes relacionados à sua aptidão física e ao seu desempenho motor.

## 5 MÉTODO

Os procedimentos metodológicos serão descritos primeiramente pela caracterização do estudo, seguido da seleção da amostra, coleta de dados, descrição dos protocolos do inquérito, bem como dos testes de desempenho motor e pela análise dos aspectos relacionados à qualidade de vida e desempenho motor.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo se caracteriza como Método Correlacional., uma vez que segundo Marconi e Lakatos (2000); Mattos, Rosseto Junior e Blecher (2008) envolve coleta de dados a fim de determinar se, e até que grau, uma relação existe entre duas ou mais variáveis mensuráveis. Quando essa relação existe, isto significa que os escores dentro de certo limiar em uma medida estão associados aos escores dentro de um limiar em uma outra medida. O fato de que existe uma relação entre duas variáveis não significa que uma é a causa da outra.

### 5.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para a seleção da amostra utilizou-se do método não-probabilístico. Para tanto, os escolares foram informados dos objetivos do estudo e convidados a participarem da coleta dos dados.

Mediante confirmação pelo termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A), concordaram em participar do estudo 588 escolares de uma escola da rede particular de ensino do município de Londrina, Paraná, matriculados no ensino fundamental e médio, sendo 263 moças e 325 rapazes, com idades entre 12 a 17 anos.

Os escolares foram divididos em 3 faixas etárias, 12-13 anos, 14-15 anos e 16-17 anos, no intuito de oferecer maior poder discriminatório entre as variáveis do estudo.

A Tabela 1 apresenta o número de sujeitos envolvidos no estudo, distribuídos por gênero e idade.

**Tabela 1** – Número de sujeitos envolvidos no estudo (N=588)

| Idade        | Moças | Rapazes | Ambos os Gêneros |
|--------------|-------|---------|------------------|
| 12 Anos      | 48    | 41      | 89               |
| 13 Anos      | 40    | 51      | 91               |
| 14 Anos      | 60    | 63      | 123              |
| 15 Anos      | 48    | 71      | 119              |
| 16 Anos      | 60    | 83      | 143              |
| 17 Anos      | 7     | 16      | 23               |
| 12 – 17 Anos | 263   | 325     | 588              |

A participação dos alunos foi voluntária, desde que atendesse a quatro critérios: (a) autorização dos pais ou responsáveis para participar do estudo; (b) ter entre 12 e 17 anos de idade; (c) não apresentar algum problema físico que impedisse, temporária ou definitivamente de realizar os testes motores; e (d) estar presente nas aulas no dia agendado para a coleta dos dados. A amostra definitiva foi composta por 588 sujeitos de ambos os gêneros distribuídos de acordo com a idade (Tabela 1).

### 5.3 COLETA DE DADOS

Para atender aos objetivos propostos, a coleta de dados seguiu os seguintes momentos: primeiramente os escolares responderam o questionário (KIDSCREEN-52) em sala de aula e na presença do pesquisador (BERRA et al; KIDSCREEN GROUP, 2007). Num segundo momento, os escolares foram submetidos aos testes de desempenho motor, força, flexibilidade e capacidade cardiorrespiratória.

As coletas foram realizadas entre os meses julho e novembro de 2009 e os protocolos de intervenção foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Autônoma de Madrid (protocolo no. A/7481/07). O projeto de pesquisa deste estudo sob número 14780.2010-72 recebeu financiamento da Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Os protocolos para aplicação do questionário bem como dos testes de desempenho motor, serão apresentados a seguir.

### 5.3.1 Aplicação do Kidscreen-52

Como descrito no Manual Kidscreen, o inquérito pode ser realizado por telefone, e-mail, carta ou de forma presencial., esta última foi a opção escolhida para este estudo pela facilidade na sua aplicação, uma vez que o tempo estimado para assinalar as 52 questões (independente da idade) é de 10 a 15 minutos e também para assegurar uma quantidade satisfatória de devolução ao pesquisador dos instrumentos preenchidos.

O Kidscreen-52 é composto por 52 questões, distribuídas em 10 dimensões: Saúde e Atividade Física; Sentimentos; Estado de Humor Geral; Auto Percepção; Autonomia / Tempo Livre; Família e Ambiente Familiar; Questões Econômicas; Amigos e Relações Interpessoais; Ambiente Escolar e Aprendizagem e *Bullying* (provocação por outros jovens). Trata-se de um questionário onde os jovens assinalam em cada questão como estão se sentindo, levando-se em conta a última semana. As questões estão disponibilizadas em uma escala *Lickert* de 5 pontos, sendo 0 = “nada” até 5 = “muitíssimo” para algumas questões e 0 = “nunca” até 5 = “sempre” para outras.

O instrumento Kidscreen-52 foi validado para a língua portuguesa por Gaspar, Matos e Ribeiro (2006), alcançando valores *Alpha de Cronbach* entre 0,60 (Autopercepção) a 0,88 (Questões econômicas), com valor médio global de 0,80 que confirma elevada consistência interna. Para o instrumento original utilizado inicialmente pelos 13 países que o desenvolveram, o *Alpha de Cronbach* ficou entre 0,76 (Rejeição social) a 0,89 (Questões econômicas) (RAVENS-SIEBERER et al; KIDSCREEN GROUP, 2005).

### 5.3.1.1 Procedimentos metodológicos para aplicação do Kidscreen-52

Em todas as classes investigadas, o pesquisador era acompanhado pelo professor da turma. Após a explanação dos objetivos do estudo, os questionários foram distribuídos e as seguintes instruções foram-lhes descritas:

- a) ler atentamente a cada questão antes de responder a que melhor se enquadrasse com a sua última semana;
- b) não deixar nenhuma questão em branco; e
- c) não trocar informações com os colegas, uma vez que as questões são pessoais e confidenciais;

Todas estas instruções também estavam descritas no início do formulário.

### 5.3.2. Testes de Desempenho Motor

Os testes de desempenho motor foram realizados num prazo de 7 (sete) dias a contar da data do preenchimento do Kidscreen-52 pelos escolares, durante as aulas regulares de Educação Física.

Mesmo não sendo objeto do presente estudo, inicialmente foram realizadas as medidas de crescimento físico (peso e estatura), seguido pela flexibilidade através do teste sentar-e-alcançar, força por dinamometria manual e finalizando com resistência cardiorrespiratória pelo Teste Vai-e-Vem 20m.

#### 5.3.2.1 Protocolos dos testes de desempenho motor

Todos os avaliados receberam instrução prévia sobre a execução de cada um dos testes.

A equipe de avaliadores era treinada e foram sempre os mesmos a participar do estudo.

Os protocolos descritos seguiram as orientações de Guedes e Guedes (2006) e Ruiz et al 2006.

a) Flexibilidade.

Teste: Sentar-e-Alcançar.

Foi construída uma caixa de madeira especialmente para esta finalidade com dimensões de 30 cm x 30 cm, parte superior plana com 56 cm de comprimento, sobre a qual se fixa a escala de medida com amplitude de até 50 cm, de tal forma que o valor 15 coincida com a linha onde o avaliado acomoda os pés. A escala de medida foi fixada na parte superior plana, com intervalo de 1 cm.

O avaliado era postado sentado e descalço de frente para o aparelho, com as pernas embaixo da caixa, os joelhos completamente estendidos e a planta de ambos os pés totalmente em contato com a caixa. O avaliador apoiava os joelhos do avaliado na tentativa de assegurar a extensão dos mesmos. Ao sinal do avaliador, os braços eram estendidos sobre a superfície da caixa, com as mãos posicionadas uma sobre a outra e a ponta dos dedos de ambas coincidindo. O avaliado tentava alcançar a maior distância possível, deslocando a palma das mãos voltada para baixo e em contato com a caixa, em movimento lento, sem solavancos e sustentando a posição durante 2 segundos.

Foram realizadas 3 tentativas para cada avaliado, sendo registrada a maior distância alcançada.

b) Força.

Teste: dinamometria manual.

O dinamômetro utilizado foi da marca Takei, modelo TKK 5401, digital.

Para a realização do teste de força manual., o avaliado foi posicionado em pé, com o braço estendido ao longo do corpo (posição anatômica). O dinamômetro era ajustado para o tamanho das mãos e posicionado em uma delas. O braço não poderia encostar-se ao corpo. Ao sinal do avaliador, o aluno imprimia força de prensão por pelo menos 2 segundos, passava o dinamômetro para a outra mão, repetindo todo o procedimento anterior.

Foram realizadas duas tentativas em cada uma das mãos, sendo registrado o valor mais alto conseguido.

c) Resistência cardiorrespiratória.

Teste: Vai-e-Vem 20m.

Utilizou-se de um equipamento de som, do tipo *CD Player*, com alto-falante potente, posicionado no meio e à lateral do espaço demarcado e um CD (*compact disc*) previamente gravado com o ritmo progressivo. A quadra poliesportiva foi demarcada com fita adesiva, com duas linhas paralelas, distantes 20 metros uma da outra, além do recuo interno de 2 metros para cada linha. Os cones foram posicionados em ambas as linhas externas, com espaço mínimo de 1,5 m. entre eles, perfazendo um número igual de cones nas duas linhas.

Os escolares foram posicionados ao lado do cone e atrás da linha de 20 metros, onde recebiam um número que era fixado na sua vestimenta e cada bateria era composta por no máximo 10 avaliados.

Ao sinal do avaliador, se deslocavam de uma linha para outra, distante 20 m., dando a volta no cone e retornavam à linha oposta, em ritmo de deslocamento em concordância com os sinais sonoros emitidos pelo CD. Os sinais sonoros são emitidos progressivamente mais rápidos, iniciando no estágio 1 a cada 9,0 segundos e encerrando no estágio 22 a cada 3,892 segundos, exigindo do avaliado deslocamentos sucessivamente mais rápidos à medida que o teste se desenvolve. Os escolares ajustavam seu ritmo de deslocamento de maneira a estarem com um dos pés sobre a linha interna, distante 2 metros da linha de 20 m no momento em que soava cada sinal. Quando o avaliado atingia a linha interna antes do sinal sonoro, deveria aguardar pelo sinal para retornar ao sentido contrário.

O teste era encerrado quando o avaliado interrompia voluntariamente seu deslocamento por exaustão ou quando se atrasava para alcançar a linha interna (à 2 metros da linha de 20 m), pela segunda vez, não necessariamente consecutiva.

Foi registrado o tempo de encerramento do teste para cada aluno.

#### 5.4 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Foram empregados os recursos da estatística descritiva para caracterização da amostra, envolvendo o cálculo da proporção de distribuição em cada estrato considerado.

Para testar a homogeneidade entre os dados foi empregado o teste de *Levene* e calculado assim os valores médios e desvio-padrão. Para análise da variável Qualidade de Vida, bem como Desempenho Motor com a idade e gênero, recorreu-se à Análise de Variância (ANOVA) *Two-Way*. Posteriormente, para identificação de diferenças entre os estratos, formados a partir das variáveis independentes à análise de variância, utilizou-se do teste de comparação múltipla de *Scheffee* para identificação das diferenças específicas.

Na associação Qualidade de Vida e Desempenho Motor, inicialmente os escores de qualidade de vida de acordo com o Kidscreen foram dicotomizados em três estratos, de acordo com a distribuição de *tertil*: (a) grupo com menores escores de qualidade de vida foram reunidos os escolares que apresentaram valores até o primeiro *tertil*; (b) grupo com escores de qualidade de vida intermediários foram reunidos os escolares que apresentaram valores entre o primeiro e o terceiro *tertil*; e (c) grupo com maiores escores de qualidade de vida reuniu os escolares que apresentam valores acima do terceiro *tertil*. Na sequência utilizou-se da Análise de Covariância (ANCOVA) com controle da idade e gênero, acompanhada do teste de comparação múltipla de *Scheffee* para identificação das diferenças específicas. O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$ .

Os dados coletados foram analisados utilizando-se do pacote estatístico computadorizado *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 17.0.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tentativa de oferecer melhor entendimento e compreensão do presente estudo, os resultados encontrados serão apresentados na mesma sequência dos objetivos específicos e discutidos de forma simultânea.

Mediante os objetivos propostos, serão abordados inicialmente os comportamentos relacionados à qualidade de vida de acordo com a idade e gênero. Na sequência serão apresentados e discutidos os indicadores do desempenho motor de acordo com a idade e gênero. Finalmente, a análise entre a qualidade de vida e desempenho motor.

### 6.1 QUALIDADE DE VIDA

Para verificar o comportamento de qualidade de vida pelo instrumento Kidscreen-52, nas 10 diferentes dimensões entre os escolares, distribuídos nas faixas etárias 12-13 anos, 14-15 anos e 16-17 anos em ambos os gêneros, os valores descritivos da Análise de Variância (ANOVA), são apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** – Valores de média, desvio padrão e estatística F equivalentes às dimensões associadas à qualidade de vida entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná. (n=588)

| Dimensões<br>Qualidade<br>De Vida | Grupos Etários      |                 |                           |                 |                        |                 |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
|                                   | 12 – 13 Anos        |                 | 14 – 15 Anos              |                 | 16 – 17 Anos           |                 |
|                                   | Moças               | Rapazes         | Moças                     | Rapazes         | Moças                  | Rapazes         |
| 1                                 | 65,00<br>±11,43     | 70,26<br>±10,45 | 62,36<br>±10,63           | 67,82<br>±11,45 | 57,82<br>±9,69         | 65,13<br>±10,96 |
| 2                                 | 81,89<br>±13,47     | 83,55<br>±11,06 | 81,65<br>±12,73           | 83,43<br>±13,70 | 80,20<br>±12,04        | 83,77<br>±17,18 |
| 3                                 | 79,87<br>±14,32     | 80,90<br>±12,66 | 76,88<br>±14,13           | 84,03<br>±12,61 | 76,68<br>±13,79        | 81,15<br>±12,71 |
| 4                                 | 74,95<br>±11,64     | 80,00<br>±10,44 | 73,23<br>±10,11           | 79,67<br>±9,63  | 73,06<br>±9,52         | 78,83<br>±10,40 |
| 5                                 | 75,41<br>±13,97     | 76,39<br>±14,15 | 75,44<br>±14,72           | 78,78<br>±15,29 | 73,18<br>±13,13        | 77,78<br>±14,23 |
| 6                                 | 76,82<br>±16,50     | 82,07<br>±12,61 | 76,73<br>±15,55           | 80,62<br>±14,85 | 79,26<br>±13,77        | 80,74<br>±13,99 |
| 7                                 | 81,36<br>±16,55     | 75,22<br>±15,70 | 83,12<br>±13,65           | 81,09<br>±18,61 | 77,94<br>±16,94        | 80,47<br>±17,25 |
| 8                                 | 84,85<br>±11,78     | 80,51<br>±13,02 | 85,51<br>±12,39           | 82,54<br>±15,28 | 85,34<br>±11,13        | 80,74<br>±12,69 |
| 9                                 | 69,81<br>±15,50     | 72,61<br>±12,98 | 68,85<br>±13,37           | 68,43<br>±16,43 | 73,14<br>±9,70         | 69,19<br>±15,19 |
| 10                                | 88,26<br>±16,41     | 88,99<br>±10,53 | 91,65<br>±9,74            | 90,35<br>±11,29 | 94,02<br>±7,65         | 91,76<br>±11,34 |
| Dimensões                         | F <sub>Gênero</sub> |                 | F <sub>Grupo Etário</sub> |                 | F <sub>Interação</sub> |                 |
| 1: Saúde e Atividade Física       | 43,11 (p = 0,00)*   |                 | 13,70 (p = 0,00)*         |                 | ns                     |                 |
| 2: Bem-estar psicológico          | 4,16 (p = 0,04)*    |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 3: Estado de humor geral          | 14,14 (p = 0,00)*   |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 4: Autopercepção                  | 44,10 (p = 0,00)*   |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 5: Autonomia                      | 6,01 (p = 0,02)*    |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 6: Vida familiar                  | 8,22 (p = 0,00)*    |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 7: Recursos financeiros           | ns                  |                 | 3,04 (p = 0,05)*          |                 | ns                     |                 |
| 8: Amigos e apoio social          | 13,09 (p = 0,00)*   |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 9: Meio escolar                   | ns                  |                 | ns                        |                 | ns                     |                 |
| 10: Rejeição social               | ns                  |                 | 6,01 (p = 0,00)*          |                 | ns                     |                 |

\*  $p < 0,05$

Os valores médios apresentados na Tabela 2 possibilitam estabelecer inferências no sentido de que a dimensão “Rejeição social” é aquela em que os escolares de ambos os gêneros manifestaram melhor aspecto relacionado à qualidade de vida. Na sequência, tem-se a dimensão “Amigos e apoio social” com escores elevados para o gênero feminino. Já entre os rapazes, os escores se

mostraram elevados na dimensão “Bem-estar psicológico” para as faixas etárias 12-13 anos e 16-17 anos e para aqueles entre 14-15 anos, foi a dimensão “Estado de ânimo e emoções” que apresentou este comportamento. E com os menores escores, são identificadas as dimensões “Saúde e atividade física” com valores mais baixos, seguido imediatamente pela dimensão “Meio escolar”, com valores muito próximos.

Ao estabelecer comparações entre os valores médios observados entre os gêneros, constatam-se a ocorrência de diferenças estatisticamente significativas favorecendo os rapazes nos escores encontrados nas dimensões “Saúde e atividade física”, “Bem-estar psicológico”, “Estado de ânimo e emoções”, “Autopercepção”, “Autonomia” e “Vida familiar”, enquanto as moças apresentaram escores significativamente mais elevados na dimensão “Amigos e apoio social”.

Com relação aos grupos etários considerados, os escolares de 12-13 anos apresentaram valores médios significativamente maiores na dimensão “Saúde e atividade física”. Na faixa etária de 14-15 anos foi a dimensão “Recursos financeiros” que apresentou diferença estatística, ao passo que os escolares com mais idade apresentaram escores mais elevados na dimensão “Rejeição social”.

Pioneiro em estudos que procuram identificar a relação entre qualidade de vida e atividade física em adolescentes no Brasil, Gordia (2008) procurou demonstrar a influência dos comportamentos de risco e nível de atividade física na qualidade de vida entre escolares de 14 a 20 anos de idade do Município da Lapa no Estado do Paraná. Para as variáveis de qualidade de vida, utilizou o instrumento WHOQOL-Bref e para verificação do nível de atividade física recorreu ao IPAQ versão 8, forma curta, última semana. Os resultados apontaram melhores valores de qualidade de vida no domínio Físico, que difere do presente estudo, onde a dimensão Saúde e atividade física (Bem-estar físico) apresentaram os menores índices de qualidade de vida em todas as faixas etárias e em ambos os gêneros, quantificados pelo Kidscreen-52.

Uma justificativa pode ser atribuída pelo fato de que as questões do domínio Físico do WHOQOL-Bref, contemplam além dos comportamentos sobre atividade física, também aqueles relacionados à dor, tratamento médico, locomoção, sono e trabalho. Por outro lado a dimensão 1 do Kidscreen-52 – Saúde e atividade física (Bem-estar físico), contempla comportamentos quanto à correr, andar de bicicleta, além de percepção de muita energia e boa forma, que parece envolver

maior poder discriminatório em relação à prática da atividade física, ao vigor e ao desempenho físico que o primeiro.

Em outro estudo onde também foi utilizado o WHOQOL-Bref numa amostra de adolescentes de 13 a 20 anos de idade, Barbosa Filho et al (2009) identificaram o domínio Relações Sociais como aquele de escores mais elevados  $72,6 \pm 18,7$ , seguido do domínio Físico  $71,7 \pm 12,9$ , enquanto o domínio Meio Ambiente foi aquele com menores valores  $52,0 \pm 13,9$  para qualidade vida entre os jovens. Esses resultados corroboram com os achados de Gordia (2008) onde também o domínio Meio Ambiente alcançou os menores resultados. Este domínio contempla aspectos relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, qualidade e disponibilidade aos cuidados da saúde, oportunidades e possibilidade de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades em participar de atividades de recreação e lazer, ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima) e finalmente, transporte. (MORENO et al., 2006).

Mesmo não fazendo parte dos objetivos deste estudo, a comparação com os escores de qualidade de vida com jovens europeus torna-se importante como medida representativa, uma vez que estes dados são normativos para a maioria dos estudos deste gênero. Entre os europeus, fizeram parte da amostra 22.827 jovens de 8 a 18 anos de idade, dos 13 países participantes da fase de implantação do instrumento Kidscreen, Alemanha, Áustria, Suíça, República Tcheca, Grécia, Espanha, França, Hungria, Holanda, Polônia, Suécia, Inglaterra e Irlanda do Norte, que alcançaram os seguintes valores nas dimensões a seguir: “Saúde e atividade física,  $66,54 \pm 19,52$ ; “Bem-estar psicológico,  $75,23 \pm 19,08$ ; “Estado de humor geral”,  $76,24 \pm 18,19$ ; “Autopercepção”,  $68,39 \pm 22,22$ ; “Autonomia”,  $70,36 \pm 21,71$ ; “Vida familiar”,  $77,91 \pm 20,28$ ; “Recursos financeiros”,  $74,38 \pm 19,45$ ; “Amigos e apoio social”,  $67,24 \pm 20,47$ ; “Meio escolar”,  $89,24 \pm 16,36$  e “Rejeição social”,  $70,92 \pm 26,72$  (GASPAR; MATOS, 2008; RAVENS-SIEBERER et al., 2005; 2008).

Conforme descrito na Tabela 2, os dados revelam superioridade na qualidade de vida em favor dos jovens de uma escola da rede privada de Londrina, Paraná nas dimensões “Bem-estar psicológico”, “Autopercepção”, “Autonomia”, “Recursos financeiros” e notadamente nas dimensões “Amigos e apoio social” e “Rejeição social”, enquanto que amostra européia foi bastante superior na dimensão “Ambiente escolar”.

Estes resultados podem ser explicados, primeiramente pela diferença do tamanho das amostras. Deve-se considerar também que na presente pesquisa, participaram do estudo apenas adolescentes de uma escola particular e o inquérito foi respondido na presença do pesquisador, enquanto que entre os europeus havia crianças entre os 8 e 11 anos de idade, perfazendo 30,14% da amostra e ainda os inquéritos foram preenchidos de três formas, na escola, via internet e também por telefone, pertencendo a diferentes estratos socioeconômicos.

Bisegger et al (2005), demonstraram escores elevados na qualidade de vida entre crianças e um decréscimo na qualidade de vida entre jovens europeus avaliados pelo Kidscreen-52 a partir dos 12 anos de idade, principalmente entre as moças. De qualquer forma os alunos desta escola particular de Londrina, Paraná, parecem viver em condições que permite conferir a eles boa qualidade de vida.

Outro estudo realizado por Gillison, Skevington e Standage (2008), investigaram a estabilidade da qualidade de vida em jovens ingleses através do Kidscreen-52. Os inquéritos foram obtidos em dois momentos, com intervalo de um ano após o primeiro, na tentativa de verificar as alterações da percepção de qualidade de vida durante a adolescência. A amostra foi composta por escolares de ambos os gêneros, com média de idade de 14,05 anos no primeiro momento e 14,9 no segundo. Os resultados apontaram não haver diferenças entre os dois momentos. Concluíram então, que a qualidade de vida não sofre alterações nesta faixa etária e reforçam ainda a hipótese de ocorrer mudanças após os 16 anos de idade, quando os comportamentos de risco para a saúde se tornam mais evidentes, podendo alterar a qualidade de vida.

No presente estudo, as dimensões “Bem-estar psicológico”, “Estado de humor geral” e “Rejeição social”, sofreram mudanças positivas quanto à qualidade de vida com o avançar da idade. Por outro lado, nas dimensões “Saúde e atividade física”, e “Autonomia”, ocorreram redução nos escores de qualidade de vida, porém, apenas entre as moças, corroborando com a literatura que sugere que as moças tendem a ser menos ativas com mais idade (FARIAS JUNIOR, 2008; GUEDES et al., 2001; GONÇALVES et al., 2007; SILVA et al., 2008) e provavelmente sentem-se mais vigiadas por seus pais que os rapazes, interferindo na percepção de autonomia.

Vieira et al (2008), investigaram 454 crianças e adolescentes Espanhóis entre 8 a 18 anos de idade através do Kidscreen-52, na intenção de

verificarem a resposta de qualidade de vida relacionada à saúde nesta população durante um período de três anos. Houve um decréscimo nos escores relacionados à qualidade de vida na faixa etária compreendida dos 13 aos 17 anos entre as moças, principalmente após o período pubertário, sendo mais marcante nas dimensões “Bem-estar psicológico” e “Estado de humor geral”. Na pesquisa entre os escolares de Londrina, Paraná, as moças também apresentaram redução dos escores de qualidade de vida na dimensão “Estado de ânimo e emoções” a partir dos 14-15 anos de idade, entretanto, não significativos, mantendo os índices alcançados entre os 16-17 anos de idade. Na dimensão “Bem-estar psicológico”, praticamente não ocorreu mudanças entre as faixas etárias. Levando-se em conta a diferença na escala de tempo entre os dois estudos, os resultados parecem indicar maiores efeitos após a puberdade na qualidade entre as espanholas, que as londrinenses de uma escola particular.

A seguir, serão analisados os resultados das variáveis relacionadas ao desempenho motor.

## 6.2 ANÁLISE DAS VARIÁVEIS RELACIONADAS AO DESEMPENHO MOTOR

Para demonstrar o comportamento das variáveis de desempenho motor, a Tabela 3 apresenta os resultados descritivos e Análise de Variância (ANOVA) para flexibilidade através do Teste Sentar-e-Alcançar, força de preensão manual pela Dinamometria Manual e resistência cardiorrespiratória pelo teste Vai-e-Vem 20m, para as faixas etárias de 12-13 anos, 14-15 anos e 16-17 anos, em ambos os gêneros.

**Tabela 3** – Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos testes de Sentar-e-Alcançar, Dinamometria Manual e Vai-e-Vem 20m entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná. (n=588)

| Grupo                     | Sentar-e-Alcançar<br>(cm) |            | Dinamometria<br>Manual(kg) |            | Vai-e-Vem 20m<br>(tempo) |           |
|---------------------------|---------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------------------|-----------|
|                           | Moças                     | Rapazes    | Moças                      | Rapazes    | Moças                    | Rapazes   |
| 12-13 Anos                | 18,90±8,41                | 14,97±8,61 | 22,45±5,32                 | 25,34±6,93 | 2,93±1,31                | 3,81±1,70 |
| 14-15 Anos                | 19,22±9,12                | 15,34±8,94 | 24,47±5,52                 | 33,65±8,22 | 3,08±1,26                | 4,79±1,89 |
| 16-17 Anos                | 24,19±9,24                | 18,55±9,60 | 25,47±4,38                 | 38,16±6,71 | 3,10±1,29                | 5,55±1,97 |
| F <sub>Gênero</sub>       | 27,386 (p = 0,000)*       |            | 223,468(p = 0,000)*        |            | 144,711 (p = 0,000)*     |           |
| F <sub>Grupo Etário</sub> | 6,488 (p = 0,002)*        |            | 62,982(p = 0,000)*         |            | 19,416 (p = 0,000)*      |           |
| F <sub>Interação</sub>    | 0,025 (p = 0,976)         |            | 23,597(p = 0,000)*         |            | 7,956 (p = 0,000)*       |           |

\*  $p < 0,05$

Com relação ao desempenho no Teste Vai-e-Vem 20m, que oferece indicações quanto à capacidade cardiorrespiratória dos escolares, os rapazes apresentaram resultados continuamente superiores com a idade dos 12 aos 17 anos. As moças demonstraram uma estabilização na quantidade de estágios percorridos durante todo o período etário. Ao comparar os valores médios encontrados entre ambos os gêneros, constata-se a superioridade a favor dos rapazes para percorrer longas distâncias desde os 12 anos e com a idade essas diferenças se acentuaram cada vez mais.

Em busca de explicação plausível que possa justificar as acentuadas diferenças entre os gêneros quanto ao desempenho nos testes de corrida de longa distância, a menor quantidade de gordura corporal., o maior comprimento de pernas, a massa muscular mais desenvolvida e a mais elevada capacidade aeróbia entre os rapazes são fatores decisivos para que as diferenças entre os gêneros venham a ocorrer (GUEDES; GUEDES, 1993).

Pode-se perceber a evolução da aptidão cardiorrespiratória entre os rapazes com o avançar da idade, diferentemente dos achados de Araújo; Oliveira (2008) que verificaram redução da performance aeróbica com o aumento da idade em ambos os sexos entre escolares de 10 a 14 anos de idade. Por outro lado, Guedes e Guedes (1993) encontraram redução para as moças, apenas entre 15 e 16 anos de idade, voltando a aumentar logo em seguida, numa amostra de escolares de 7 a 17 anos de idade.

Tourinho Filho e Tourinho (1998) afirmam que o aumento da capacidade aeróbia na puberdade é superior entre os rapazes em todas as idades, mas entre as moças é mais alto na fase pré-púbere. Essa afirmação está de acordo com trabalho realizado por Carvalho Filho, Martins e Silva (2006) com 611 escolares, demonstrando superioridade para os rapazes em todas as idades. Entre as meninas, os melhores resultados alcançados foram encontrados dos 9 aos 11 anos de idade, caindo aos 12 anos e voltando a aumentar nas idades subsequentes.

Dentre os inúmeros estudos que procuram identificar o nível de atividade física entre os jovens, Coelho e Silva et al (2005); Lopes, Maia (2004); Guedes et al (2001); Farias Junior e Lopes (2004); Farias Junior (2008); Nobre, Krebs e Valentini (2009) afirmam que rapazes são mais ativos fisicamente que as moças, devido a maioria deles estarem inseridos em atividades esportivas, sendo mais ativos principalmente no período pós-escolar, enquanto elas estão mais dedicadas aos afazeres domésticos. Já Souza et al (2009), demonstraram em seu estudo, que as moças são mais ativas fisicamente que os rapazes, na proporção onde 32,8% se mostraram muito ativas, contra 28,5% dos rapazes e 16,5% ativas, enquanto que entre os rapazes este percentual é de 12,8%.

A relação entre o desempenho físico e qualidade de vida, proposta deste trabalho, ainda é tema bastante escasso na literatura. Entretanto, Kunkel, Oliveira e Peres (2009) realizaram um estudo envolvendo 467 adolescentes de uma escola pública de Florianópolis, Estado de Santa Catarina, na tentativa de identificar a qualidade de vida pelo instrumento *Pediatric Quality of Life Inventory* - PEDS-QL 4.0 entre jovens com e sem excesso de peso corporal estabelecido através do Índice de Massa Corporal - IMC. Os jovens com excesso de peso corporal tiveram 3,54 vezes maiores chances de ter qualidade de vida ruim que aqueles com peso corporal normal. Ainda, as moças tiveram sempre menores escores de qualidade de vida que os rapazes o que parece estar de acordo com a presente pesquisa, uma vez que os rapazes sempre tiveram maiores escores de qualidade de vida na dimensão 1, Atividade física e saúde (Tabela 2), bem como foram superiores na aptidão cardiorrespiratória e em força de membros superiores (Tabela 3).

Os resultados encontrados mediante o teste de dinamometria manual para aferição dos índices de força de prensão manual., entre os rapazes, apontam valores que se elevaram abruptamente dos 12 aos 17 anos de idade,

enquanto entre as moças, os valores demonstraram discreto aumento neste mesmo período etário.

Quando da comparação entre os valores médios apresentados pelos dois gêneros, as diferenças observadas se mostraram estatisticamente significantes nos três grupos etários com clara superioridade dos rapazes em relação às moças, principalmente com o avançar da idade.

Os resultados progressivamente maiores apresentados pelos rapazes, segundo Guedes e Guedes (1993) podem se justificar pelo fato de o advento da puberdade no gênero masculino provocar um ganho de massa muscular bastante acentuado em consequência de uma maior produção de hormônios andrógenos, fazendo com que apresentem índices de força muscular mais elevado com a idade. Por outro lado, entre as moças, o ganho de massa muscular na puberdade é significativamente menor.

Mesmo entre pré-púberes, Alves et al (2008) demonstraram a superioridade dos meninos em relação às meninas não apenas para dinamometria manual, como também para o VO<sub>2</sub> máximo obtido pelo Teste de Vai-e-Vem 20 m através da equação proposta por Léger et al (1983). Entretanto, Schneider, Benetti e Meyer (2004), numa amostra de jovens voleibolistas, não ocorreu diferenças entre rapazes e moças nos diferentes estágios maturacionais através de dinamometria computadorizada, observaram tão somente a evolução da força em ambos os gêneros de forma semelhante. Há de considerar que grande parte dos autores tem demonstrado que os meninos são mais fortes que as meninas nas diferentes faixas etárias (BERGMANN et al., 2007; ESTEVES et al., 2005; MOURA; MOREIRA; CAIXETA, 2008).

Com relação ao Teste Sentar-e-Alcançar, ambos os gêneros apresentaram valores médios crescentes com o aumento da idade. Nos três grupos etários, as moças apresentaram valores médios estatisticamente superiores em relação aos rapazes. As diferenças anatômicas e a maior aceitabilidade de atividades onde os movimentos de flexibilidade são enfatizados, em substituição aos mais vigorosos em relação à força e resistência muscular, podem ter favorecido esses resultados entre as moças.

Bergmann et al (2007) também encontraram superioridade para as moças em flexibilidade nas idades entre 10 e 14 anos. Resultados semelhantes forma descritos por Ulbrich et al (2007) que demonstraram aumento dos índices de

flexibilidade com o avançar dos estágios maturacionais e superioridade para as moças. Neste mesmo trabalho, os rapazes se mostraram superiores em preensão manual em todos os estágios e o  $VO_2$  máximo apresentou redução mediante o desenvolvimento maturacional.

Em comparação a estudo realizado na cidade de Londrina, Paraná envolvendo 1180 escolares da rede pública de 7 a 17 anos de idade de ambos os gêneros desenvolvido por Guedes e Guedes (1993), os jovens da presente pesquisa apresentaram escores sempre inferiores, em todas as faixas etárias entre rapazes e moças nos testes de Sentar-e-Alcançar e Dinamometria Manual., sugerindo haver diferenças entre escolares da rede pública e particular nesta cidade.

Na tentativa de identificar o comportamento da flexibilidade em relação aos diferentes níveis de atividade física medidos pelo IPAQ-8, versão curta, uma semana Melo, Oliveira e Almeida (2009) não encontraram em sua amostra de adolescentes diferenças nos valores de flexibilidade entre os grupos ativo, insuficientemente ativos e muito ativos, indicando não ocorrer associações entre o nível de atividade física e o desempenho em flexibilidade.

A seguir serão analisados os resultados obtidos neste estudo sobre qualidade de vida, em relação ao desempenho motor.

### 6.3 QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO MOTOR

Para análise da qualidade de vida e desempenho motor as Tabela 4, 5 e 6, apresentam os resultados descritivos e Análise de Covariância (ANCOVA), de forma que a qualidade de vida se apresenta dividida em tertís para cada variável motora em ambos os gêneros nas idades de 12 a 17 anos, tendo como controle a idade e gênero.

A interpretação dos resultados é no sentido de que aqueles indivíduos localizados no 1º tertil apresentam menores escores de qualidade de vida para a variável em questão, enquanto que aqueles do 3º tertil, são considerados de maior qualidade de vida e aqueles no 2º tertil, são os jovens com qualidade de vida intermediária. A Tabela 4 apresenta os resultados entre qualidade de vida e aspecto cardiorrespiratório pelo Teste Vai-e-Vem 20m, expresso em  $VO_2$  máximo (ml/kg/min)

para maior poder discriminatório entre os tertís. A força de preensão pela dinamometria manual e qualidade de vida é apresentada na Tabela 5. Os resultados obtidos na flexibilidade pelo Teste de Sentar-e-Alcançar e qualidade de vida encontram-se descritos na Tabela 6.

**Tabela 4** - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Vai-e-Vem de 20m, com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná

|                             | Vai-e-Vem 20m (VO <sup>2</sup> máx. - ml/kg/min) |            |            | F      | p     |
|-----------------------------|--|------------|------------|--------|-------|
|                             | Qualidade de Vida                                |            |            |        |       |
|                             | 1º Tertil  | 2º Tertil  | 3º Tertil  |        |       |
| 1: Saúde e Atividade Física | 37,05±4,51                                       | 40,17±5,10 | 40,90±5,17 | 12,090 | 0,000 |
| 2: Bem-estar psicológico    | 38,33±4,70                                       | 40,40±6,06 | 38,87±4,71 | 2,990  | 0,052 |
| 3: Estado de humor geral    | 38,61±4,99                                       | 39,47±5,39 | 39,04±5,02 | 0,760  | 0,469 |
| 4: Autopercepção            | 38,31±5,25                                       | 40,01±4,85 | 39,18±5,22 | 1,549  | 0,214 |
| 5: Autonomia                | 38,81±5,13                                       | 39,30±5,58 | 39,12±4,80 | 0,180  | 0,835 |
| 6: Vida familiar            | 39,22±5,34                                       | 39,14±5,21 | 38,64±4,82 | 0,362  | 0,697 |
| 7: Recursos financeiros     | 38,55±4,83                                       | 39,88±5,41 | 38,61±5,24 | 0,836  | 0,435 |
| 8: Amigos e apoio social    | 38,21±5,22                                       | 40,12±5,26 | 38,95±4,83 | 3,633  | 0,028 |
| 9: Meio escolar             | 39,18±5,47                                       | 39,29±5,08 | 38,56±4,84 | 1,103  | 0,334 |
| 10: Rejeição social         | 38,98±5,31                                       | 39,12±5,30 | 39,10±4,96 | 0,414  | 0,662 |

ANCOVA com controle da idade e gênero

Os resultados entre qualidade de vida e capacidade cardiorrespiratória, apontam diferença estatística na dimensão “Saúde e atividade física” e “Amigos e apoio social”. Os valores mais elevados de VO<sub>2</sub> máximo do 1º ao 3º tertil na dimensão “Saúde e atividade física” indicam que aqueles jovens de melhor aptidão aeróbia, são os que apresentam índices mais elevados de qualidade de vida. Entretanto, na dimensão “Amigos e apoio social”, são os jovens do 2º tertil que apresentam resultados superiores de qualidade de vida. Pode-se observar na Tabela 4 comportamento semelhante a este último em quase todas as dimensões, entretanto, sem diferença estatística. Apenas na dimensão “Vida familiar” é que os valores da aptidão cardiorrespiratória se mostraram superiores no 1º tertil de qualidade de vida.

**Tabela 5** - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Dinamometria manual., com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná

| Dinamometria Manual (kg)    |            |            |            |       |          |
|-----------------------------|------------|------------|------------|-------|----------|
| Qualidade de Vida           |            |            |            |       |          |
|                             | 1º Tertil  | 2º Tertil  | 3º Tertil  | F     | <i>p</i> |
| 1: Saúde e Atividade Física | 27,79±8,39 | 27,32±7,44 | 27,00±7,99 | 0,245 | 0,783    |
| 2: Bem-estar psicológico    | 27,62±7,14 | 28,90±9,18 | 25,98±7,70 | 2,576 | 0,078    |
| 3: Estado de humor geral    | 27,89±7,70 | 27,32±8,56 | 27,03±7,46 | 0,304 | 0,738    |
| 4: Autopercepção            | 27,34±7,73 | 27,25±7,72 | 27,82±8,78 | 0,955 | 0,386    |
| 5: Autonomia                | 28,06±8,63 | 26,42±7,03 | 27,69±8,11 | 2,618 | 0,075    |
| 6: Vida familiar            | 28,43±8,08 | 27,12±7,81 | 26,28±7,75 | 2,841 | 0,060    |
| 7: Recursos financeiros     | 26,72±7,80 | 28,24±7,73 | 27,37±8,75 | 0,437 | 0,646    |
| 8: Amigos e apoio social    | 28,06±8,45 | 28,10±7,89 | 26,06±7,39 | 2,166 | 0,117    |
| 9: Meio escolar             | 27,97±8,11 | 28,28±8,13 | 25,77±7,47 | 2,229 | 0,110    |
| 10: Rejeição social         | 26,74±7,51 | 28,80±8,37 | 27,00±8,04 | 0,984 | 0,375    |

ANCOVA com controle da idade e gênero

Com relação à dinamometria manual., apenas a dimensão “Autopercepção” apresentou valores pouco superiores no 3º tertil, indicando melhor qualidade de vida na percepção de si mesmo para aqueles jovens com maiores índices de força de preensão manual.

Nas dimensões “Bem-estar psicológico”, “Recursos financeiros”, “Amigos e apoio social”, “Meio escolar” e “Rejeição social”, os escores mais elevados para dinamometria manual foram para aqueles do tertil de qualidade de vida intermediária.

Já nas dimensões “Saúde e atividade física”, “Estado de humor geral”, “Autonomia” e “Vida familiar”, os jovens com menores escores em preensão manual foram os que apresentaram resultados superiores de qualidade de vida. Em nenhuma das dimensões foram observadas diferenças estatística.

**Tabela 6** - Valores de média, desvio-padrão e estatística F equivalentes aos resultados dos tertís de qualidade de vida para o teste de Flexibilidade, com controle da idade e gênero, entre escolares de uma escola particular de Londrina, Paraná.

|                             | Flexibilidade     |            |             | F     | p     |
|-----------------------------|-------------------|------------|-------------|-------|-------|
|                             | Qualidade de Vida |            |             |       |       |
|                             | 1º Tertil         | 2º Tertil  | 3º Tertil   |       |       |
| 1: Saúde e Atividade Física | 17,27±8,81        | 17,54±8,31 | 18,80±10,07 | 1,533 | 0,218 |
| 2: Bem-estar psicológico    | 17,50±8,88        | 18,30±9,00 | 17,55±9,30  | 0,473 | 0,623 |
| 3: Estado de humor geral    | 18,64±9,68        | 16,93±8,45 | 17,79±9,02  | 0,897 | 0,409 |
| 4: Autopercepção            | 17,88±8,75        | 16,64±9,23 | 18,92±9,21  | 0,889 | 0,412 |
| 5: Autonomia                | 18,46±8,26        | 16,11±9,00 | 18,59±9,75  | 2,068 | 0,129 |
| 6: Vida familiar            | 16,99±8,73        | 18,52±8,61 | 17,82±9,92  | 0,399 | 0,671 |
| 7: Recursos financeiros     | 17,34±9,49        | 18,40±8,49 | 17,28±9,08  | 1,298 | 0,275 |
| 8: Amigos e apoio social    | 17,72±9,49        | 18,75±8,78 | 16,74±8,73  | 1,432 | 0,241 |
| 9: Meio escolar             | 16,41±9,48        | 18,71±8,55 | 18,14±8,99  | 1,399 | 0,249 |
| 10: Rejeição social         | 17,85±8,26        | 17,97±8,87 | 17,55±9,89  | 0,305 | 0,737 |

ANCOVA com controle da idade e gênero

No comportamento motor flexibilidade, as dimensões “Saúde e atividade física”, “Autopercepção” e “Autonomia”, são as que demonstram superioridade em qualidade de vida para os jovens mais flexíveis.

Por outro lado, a dimensão “Estado de humor geral” apresenta índices mais elevados de flexibilidade para os escolares de qualidade de vida mais baixo. As demais dimensões situam os jovens com maiores escores no Teste Sentar-e-Alcançar no tertil de qualidade de vida intermediária. Os resultados muito semelhantes entre os tertís para flexibilidade, apontam para não ocorrência de diferenças estatísticas.

Baseados em evidências epidemiológicas entre prática de atividade física e condição de saúde, Guedes et al (2002) tentaram estabelecer associação entre os níveis de atividade física e indicadores dos componentes de aptidão física relacionada à saúde em adolescentes de 15 a 18 anos de idade. Os resultados apontaram baixa associação entre atividade física e aptidão física, demonstrando que apesar dos jovens serem ativos, não há garantia de que os mesmos se encontrem aptos fisicamente.

Outra preocupação entre os pesquisadores são os comportamentos de risco à saúde entre os adolescentes, uma vez que podem favorecer para níveis mais baixos de aptidão física e saúde. Neste sentido, Farias Junior e Lopes (2003) investigaram 1107 escolares de Florianópolis, Estado de Santa Catarina e por meio

de questionário verificaram que níveis insuficientes de atividade física, uso de bebida alcoólica e baixo consumo de frutas e verduras, foram os comportamentos mais evidentes no estilo de vida entre na amostra estudada.

No sentido de estabelecer associação entre qualidade de vida e desempenho motor ou nível de atividade física entre crianças e adolescentes, há ainda grande carência em pesquisas.

Entre trabalhos desta natureza, Murer (2008) investigou a associação entre qualidade de vida e desempenho motor em 50 crianças de 7 aos 12 anos de idade, que frequentavam academia de ginástica / musculação de 2 a 5 vezes por semana. Utilizou-se para tanto do instrumento AUQEI (*Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Image*) para avaliação da qualidade de vida e o teste de Wells e Dillon para medida da flexibilidade como componente para o desempenho motor, além de medidas antropométricas para medidas representativas da aptidão física.

Os resultados do AUQEI foram padronizados numa escala de 0 a 100, obtendo escore médio de qualidade de vida de 70,5. Nesta amostra, 88% apresentaram valores de qualidade de vida maior ou superior a 48, configurando boa qualidade de vida para estas crianças e 67% demonstraram flexibilidade fraca, correspondente a 56,7% entre as meninas e 85% entre os meninos. O domínio Lazer foi o que alcançou índices mais elevados para qualidade de vida 80,6 enquanto o domínio Funções foi o mais baixo 51,2.

Na diferenciação entre os gêneros, as meninas levaram vantagem, com escores médios de 71,5, contra 68,3 entre os meninos. Na associação entre qualidade de vida e flexibilidade, os resultados apontaram que aquelas crianças com menores índices de flexibilidade, alcançaram valores mais elevados de qualidade de vida geral 70,7, contra 70,2 do grupo com flexibilidade boa / ótima, demonstrando que a aptidão física não é fator preponderante na percepção subjetiva de qualidade de vida.

Numa tentativa de estabelecer comparação com a presente pesquisa, considerando as diferenças entre as idades e instrumentos utilizados, os escolares com escores de qualidade de vida elevada e intermediária, demonstraram ligeira superioridade em flexibilidade, comparados aos de menores índices de qualidade de vida (Tabela 6).

Gordia (2008) procurou estabelecer a associação entre atividade física medida pelo IPAQ-8 versão curta, uma semana, com a qualidade de vida entre

adolescentes verificada pelo WHOQOL-*Bref*, IMC e ainda os efeitos destes com o uso de bebidas alcoólicas. Os resultados apontaram para QV global razoável, com melhores e piores escores para o Domínio Físico e Domínio Meio Ambiente respectivamente. A grande maioria nesta amostra, demonstrou nível de atividade física alta, 76,8%, enquanto apenas 2,3% apresentaram nível de atividade física baixo. As moças estudantes do turno matutino fazendo parte deste último e 84,7% apresentaram IMC normal. Identificou-se assim, os grupos vulneráveis em apresentar qualidade de vida ruim, aqueles pertencentes ao gênero feminino, os obesos e também os prováveis dependentes de bebidas alcoólicas.

Gordia et al (2009) investigaram a associação entre atividade física, qualidade de vida, IMC e uso de bebidas alcoólicas apenas com o Domínio Físico do instrumento WHOQOL-*Bref* entre adolescentes. Para o domínio em questão, os jovens apresentaram qualidade de vida satisfatória segundo os autores, com escore de 74,4. Puderam estabelecer através da análise estatística, que indivíduos menos ativos tiveram 1,7 vezes mais chances de possuir domínio físico ruim que seus pares, bem como entre as moças, esta proporção foi de 2,8 vezes, tendo mais chance de apresentar domínio físico ruim que os rapazes.

Quanto a uma possível comparação entre a qualidade de vida entre os trabalhos citados com a presente pesquisa, mesmo que utilizados diferentes instrumentos de investigação, é possível identificar que os jovens mais ativos são aqueles que em geral apresentam escores de qualidade de vida mais altos.

Neste estudo, juntamente com a dimensão “Amigos e apoio social”, a dimensão “Atividade física e saúde” (Bem-estar físico), foram as únicas dimensões a apresentarem diferença estatística na associação com o VO<sub>2</sub> máximo (Tabela 4). O mesmo fato ocorrendo para a flexibilidade, entretanto, sem diferença estatística, onde os jovens mais ativos apresentaram melhor qualidade de vida (Tabela 6). Já para dinamometria manual (Tabela 5), apenas a dimensão “Autopercepção” apresentou índices ligeiramente superiores para aqueles com melhor qualidade de vida, porém, sem apresentar diferença significativa.

## 7 CONCLUSÃO

Mediante os resultados apresentados no presente estudo, que teve como objetivo analisar a qualidade de vida e o desempenho motor entre escolares de uma escola particular do município Londrina, Paraná, pode-se concluir que:

Com relação ao gênero, os rapazes apresentaram escores mais elevados quanto aos indicadores ligados à qualidade de vida, sugerindo que nesta amostra eles demonstraram maior energia e capacidade de praticar atividades físicas na escola ou fora dela; maior satisfação com a vida no sentido de felicidade e alegria; experimentam menores emoções depressivas e estressantes relativos à solidão e tristeza; sentem-se mais satisfeitos com suas roupas, acessórios e como os outros os avaliam; demonstram maior autossuficiência e independência para criar e gerir seu tempo livre; e, sentem-se seguros, apoiados, amados, compreendidos, bem cuidados por seus pais ou tutores, percebendo-os como disponíveis e justos. Por outro lado, as moças exploram melhor a qualidade das relações com seus pares, recebendo apoio e aceitação dos seus amigos, bem como a capacidade de iniciar e manter relações de amizade.

No que diz respeito aos indicadores de qualidade de vida e idade, os resultados apontaram que com o avançar da idade, a qualidade de vida diminui nos aspectos relacionados à prática de atividade física. Já os mais velhos experimentam menores sentimentos de rejeição que seus pares, sentem-se menos provocados e atormentados. Na faixa etária entre os 14-15 anos de idade admitem recurso financeiro suficiente para adotar um estilo de vida comparável aos seus pares, bem como oportunidades para fazer atividades em conjunto.

Quanto ao desempenho motor no aspecto aeróbico, os rapazes se mostraram em melhor condição cardiorrespiratória, com incremento do potencial com o avançar da idade, diferentemente das moças onde houve estabilização nos estágios percorridos.

Para a força de prensão manual., os resultados foram progressivamente maiores com a idade tanto para as moças quanto para os rapazes e entre estes, o incremento foi abrupto com o avançar da idade.

Quanto à flexibilidade, as moças sempre se mostraram superiores em todas as idades, demonstrando maior eficiência nesta variável do desempenho motor.

Na associação entre qualidade de vida e desempenho motor no aspecto cardiorrespiratório, pode-se inferir que aqueles jovens com índices mais elevados de  $VO_2$  máximo são os que possuem melhor qualidade de vida na dimensão “Saúde e Atividade Física”. Já os de qualidade de vida intermediária têm melhor relacionamento com seus pares, bem como melhor capacidade para manter e/ou iniciar amizades.

Quanto à associação entre qualidade de vida e desempenho motor em relação à força de prensão manual., os resultados permitem indicar não haver associação entre qualidade de vida e força, quando representada pela dinamometria manual.

Finalmente, quanto à associação entre qualidade de vida e desempenho motor relacionado à flexibilidade, é possível admitir que quanto maior a flexibilidade, a qualidade de vida pode ser mais elevada.

Após a análise dos resultados, bem como a discussão e conclusão dos mesmos, pode-se sugerir alguns pontos que podem ser abordados em novos estudos:

- a) A análise da qualidade de vida, assim como o desempenho motor devem ser explorados em outros contextos socioeconômicos, uma vez que o fator financeiro, cultural e ambiental podem interferir nos resultados.
- b) O envolvimento de crianças a partir dos 8 anos de idade, uma vez que o instrumento Kidscreen-52 contempla esta possibilidade, poderá permitir a inferência das variáveis abordadas neste estudo nesta população.
- c) Promover estudos com maior número de participantes de diferentes faixas etárias, níveis socioeconômicos e étnicos.

## REFERÊNCIAS

ACSM. **Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício**. 5.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ALVES, Fabrício; BARBOSA, Anabelle; CAMPOS, Wagner; COELHO, Ricardo; SILVA, Sergio Gregório. Análise dos índices de adiposidade e de aptidão física em crianças pré-púberes. **Rev. Por. Cien. Desp.** v.8, n.1, p.85-95, 2008.

ARAGÃO, Laura Jenne Lima. **Avaliação da qualidade de vida em crianças e adolescentes asmáticos usuários do SUS em Recife (PE)**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

ARAÚJO; Silvan Silva; OLIVEIRA, Antônio César Cabral. Aptidão física em escolares de Aracajú. **Rev. Bras. Cineantr. Des. Hum.** n.10, v.3, p.271-276, 2008.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, Franciso; KUCZYNSKI, Evelyn; SPROVIERI, Maria Helena; ARANHA, Elvira. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI - Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé): validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.58, n.1, p.119-127, 2000.

AYMERICHA, Marta; BERRAA, Silvina; GUILLAMÓNA, Imma; HERDMANB, Michael; ALONSOC, Jordi; RAVENS-SIEBERER, Ulrike; RAJMIL, Luis. Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN, un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. **Gac Sanit.**, n.19., v.2., p. 93-102., 2005.

BAMPI, Luciana Neves Silva; GUILHEM, Dirce; LIMA, David Duarte. Qualidade de vida em pessoas com lesão medular traumática: um estudo com o WHOQOL-bref. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, n.1, p.67-77, 2008.

BARBANTI, Valdir José. **Aptidão física: um convite à saúde**. São Paulo: Monole, 1990.

BARBOSA FILHO, Valter Cordeiro; SOUZA, Evanice Avelino; LEMOS, Luiz Fernando Cuozzo; TROMPIERI FILHO, Nicolino. Análise da qualidade de vida e consumo de bebida alcoólica em adolescentes da rede pública de ensino da cidade de Fortaleza. **Rev. Dig. Buenos Aires.**, v. 14, n.131, 2009.

BARNETT, Anthony; CHAN, Lawrence; BRUCE, Iain. A preliminary study of the 20-m multistage shuttle run as a predictor of peak VO<sub>2</sub> in Hong Kong Chinese. students. **Pediatr. Exerc. Sci.**, v.5, n.1, p.42-50, 1993.

BARROS, Luciana Paes; GROPO, Luciana Nagali; PETRIBÚ, Kátia; COLARES, Viviane. Avaliação da qualidade de vida em adolescentes – revisão da literatura. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.57, n.3, p.212-217, 2008.

BAUM, Andrew; POSLUSZNY, Donna. Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health. **Annual Review of Psychology**, v.11, n.4, p. 223-232, 1999. Disponível em: <<http://www.questia.com/browse/library/journalArticles.jsp>. Journal article by Andrew Baum, Donna M. Posluszny>. Acesso em: 9 dez. 2009.

BENAVENT, Juan; TELLA, Victor; GOZÁLEZ-MILAN, Ismael; COLADO, Juan. Comparação de diferentes testes de campo para avaliação da flexibilidade geral ativa. **Fit. Perf. J.** v.7, n.1, p.26-29, 2008.

BERGMANN, Gabriel Gustavo; BERGMANN, Mauren Lúcia de Araújo; MOREIRA, Rodrigo Baptista; GAYA, Adroaldo. Desenvolvimento e estabilidade da aptidão muscular em escolares de 10 a 14 anos. **Ci. Conhec.** n.1, v.01., p. 1-10, 2007.

BERRA, Silvina; BUSTINGORRY, Vanesa; HENZE, Carolina; DÍAZ, María del Pilar; RAJMIL, Luis; BUTINOF, Mariana. Adaptación transcultural del cuestionario kidscreen para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. **Arch Argent Pediatr.**, n.107, v.4, p.307-314, 2009.

BERRA, Silvina; RAVENS-SIEBERER, Ulrike; ERHART, Michael; TEBÉ, Cristian; BISEGGER, Corinna; DUER, Wolfgang; RUEDEN, Ursula; HERDMAN, Michael; ALONSO, Jordi; RAJMIL, Luis; And the European KIDSCREEN group. Methods and representativeness of a European survey in children and adolescents: the KIDSCREEN study. **BMC Public Health.** v. 7, p.170-182, jul. 2007.

BISEGGER, Corinna; CLOETTA, Bernhard; RUEDEN, Ursula; ABEL, Thomas; RAVENS-SIEBERER, Ulrike; And the European Kidscreen group. Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. **Soz. Praventivmed.**, n. 50, p. 281–291, 2005.

BORGES, Gustavo André. **Determinação da potência aeróbia de crianças e adolescentes a partir de ajustes alométricos.** 2009. Tese (Doutorado em Escola de Educação Física e Esportes) - Universidade de São Paulo. São Paulo.

BRADLEY, Clare; TODD, Carl; GORTON, T.; SYMONDS, E. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. **Qual. Life Res.**, v.8, n.1-2, p.79-91, 1999.

BUONO, J. Michael; ROBY, Julia; MICALÉ, G. Frank; SALLIS, F. James; SHEPHARD, Elizabeth. Validity and reliability of predicting maximum oxygen uptake via field tests in children and adolescents. **Pediatr. Exerc. Sci.**, v.3, n.3, p.250-255, 1991.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Rev. Baiana de Saúde Pública.**, v.32, n.2, p.232-240, 2008.

CARVALHO FILHO, Leandro Batista; MARTINS, Clarice Maria Lucena; SILVA, Francisco Martins. Níveis da resistência cardiorrespiratória em escolares da cidade de João Pessoa/PB. **Fit. Perf. J.**, v.5, n.4, p.215-222, 2006.

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

CESCHINI, Fabio Luis; FLORINDO, Alex Antonio; BENÍCIO, Maria Helena D' Aquino. Nível de atividade física em adolescentes de uma região de elevado índice de vulnerabilidade juvenil. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, n.15., v.4., p.67-78, 2007.

CICONELLI, Rozana Mesquita. **Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “medical outcomes study 36 – item short – form health survey (SF-36)”**. Tese (Doutorado). 1997. Escola Paulista de Medicina de São Paulo. Universidade Federal de São Paulo.

COELHO e SILVA, Manuel; RODRIGUES, Aristides; FIGUEIREDO, António; MALINA, Robert. Actividade física com intensidade moderada e vigorosa em adolescentes. In: GOMES, Rui Machado (Coord.). **Os lugares do lazer**. Lisboa: Instituto de Desporto de Portugal., 2005.

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ci. saúde coletiva.**, v.12, n.5, p.1101-1109, 2007.

CURRIE, Candace; ROBERTS, Chris; MORGAN, Antony; SETTERTOBULTE, Wolfgang; SAMDAL., Oddrun; BOYCE, W.; SMITH, Rebecca; RASMUSSEM, Vivian. **HBSC, a WHO Crossnational Study**: research protocol for the 2001/2002 survey. Copenhagen, 2004.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; GERMANO, Raimunda Medeiros; MILLIONS, Rejane; VIANA, Meneses; DELGADO, Djailson José Carlos; DANTAS, Janmilli da Costa. Qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão bibliográfica. **Rev. Rene.**, v.9, n.4, p.143-150, 2008.

DOMINGOS, Lopes da Silva; SANTOS, José Augusto Rodrigues; OLIVEIRA, Bruno Miguel Paz Mendes. Flexibilidade em adolescentes – um contributo para a avaliação global. **Rev. Bras. Cineantr. Des. Hum.**, v.8, n.1, p.72-79, 2006.

DOÑA, Pedro Regalado. Envejecimiento activo: um marco político. **Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.**, v.37, n.S2, p.74-105, 2002.

DUARTE, Maria de Fátima Silva; DUARTE, Carlos Roberto. Validade do teste aeróbico de corrida vai-e-vem de 20 metros. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.9, n.3, p.7-14, 2001.

ESTEVEES, Audrey Cristine; REIS, Diogo Cunha; CALDEIRA, Rogério Mattos; LEITE, Rogério Marques; MORO, Antônio Renato Pereira; BORGES JR., Noé Gomes. Força de preensão, lateralidade, sexo e características antropométricas da mão de crianças em idade escolar. **Rev. Bras. Cineantr. Des. Hum.**, v.7, n.2, p.69-75, 2005.

FALEIROS, Francisca T.V.; MACHADO, Nilton C. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em crianças com distúrbios funcionais da defecação. **J. Pediatr.**, v.82, n.6, p.421-425, 2006.

FARIAS JÚNIOR, José Cazuzza. Associação entre prevalência de inatividade física e indicadores de condição socioeconômica em adolescentes. **Rev. Bras. Méd. Esp.**, n.2, v.14, 2008.

FARIAS JÚNIOR, José Cazuzza; LOPES, Adair Da Silva. Comportamentos de risco relacionados à saúde em adolescentes. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.12, n.1, p.7-12, 2004.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras; FERREIRA, Marcos Santos. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações.** Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

FEITOSA, Sandra; COLARES, Viviane; PINKHAM, Jimmy. The psychosocial effects of severe caries in 4-year-old children in Recife, Pernambuco, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1550-1556, 2005.

FERNANDES, Paula Teixeira; SOUZA, Elisabete Abib Pedroso. Inventário simplificado de qualidade de vida na epilepsia infantil: primeiros resultados. **Arq. Neuro-Psiquiatr.** v.57, n.1, p.40-43, 1999.

FLECK, Marcelo; CHACHAMOVICH, Eduardo; TRENTINI, Clarissa M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v.37, n.6, p.793-9 793, 2003.

FONTOURA, André Silveira da; FORMENTIN, Charles Marques; ABECH, Everson Alves. **Guia prático de avaliação física: uma abordagem didática, abrangente e atualizada.** São Paulo: Phorte, 2008.

GANLEY, Theodor; SHERMAN, Carl. Exercise and children's Health. A little counseling can pay lasting dividends. **Physec. Sport.**, v.28, n.2, 2000.

GASPAR, Tânia; MATOS, Margarida G. Qualidade de vida em crianças e adolescentes. Versão portuguesa dos instrumentos Kidscreen 52. Cruz Quebrada: Aventura Social e Saúde. 2008.

GASPAR, Tânia; MATOS, Margarida Gaspar; RIBEIRO, José Luís Pais. Qualidade de vida e bem-estar em crianças e adolescentes. **Rev. Bras.Ter. Cogn.**, v.2, n.2, p.47-60, 2006.

GIAROLLA, Ricardo Angelo; FIGUEIRA Junior, Aylton; MATSUDO, Victor Keihan. Análise da força da mão dominante em relação à mão não dominante em escolares de 8 a 18 anos. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.5, n.1, p.31-39, 1991.

GILL, Thomas M.; FEINSTEIN, Alvan. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. **JAMA**, v.26, p.272-619, 1994.

GILLISON, Fiona; SKEVINGTON, Suzanne; STANDAGE, Martyn. Exploring response shift in the quality of life of healthy adolescents over 1 year. **Qual. Life Res.**, n.17, p.997-1008, 2008.

GLANER, Maria Fátima. Aptidão física relacionada à saúde de adolescentes rurais e urbanos em relação a critérios de referência. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, v.19, n.1, p.13-24, 2005.

GOLÇAVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teoria e prática.** São Paulo: Manole, 2004.

GONÇALVES, Helen; HALLAL., Pedro; AMORIM, Tales; ARAÚJO, Cora; MENÉZES, Ana. Fatores socioculturais e nível de atividade física no início da adolescência. **Rev. Panam. Salud Pública.**, v.22, n.4, p.246–53, 2007.

GORDIA, Alex Pinheiro. **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.

GORDIA, Alex Pinheiro; QUADROS; Teresa M. Bianchini; CAMPOS, Wagner; PETROSKI, Édio L. Domínio físico da qualidade de vida entre adolescentes: associação com atividade física e sexo. **Rev. Salud Pública.** n.11, v.1, p. 50-61, 2009.

GUEDES, Christiano. **Estudo associativo do nível socioeconômico com os hábitos de vida, indicadores de crescimento e aptidão física relacionados à saúde.** Dissertação (Mestrado) - 2002. Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Implicações associadas ao acompanhamento do desempenho motor em crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.**, v.2, p.37-60, 2007.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. Crescimento e desempenho motor em escolares do município de Londrina, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pub. Rio de Janeiro**, v. 9, (sup.1), p.58-70, 1993.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Exercício físico na promoção da saúde**. Londrina: Midiograf, 1995.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto. **Manual prático para avaliação em educação física**. São Paulo: Manole, 2006.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto; BARBOSA, Décio Sabbatini; OLIVEIRA, Jair Aparecido. Níveis de prática de atividade física habitual em adolescentes. **Rev. Bras. Med. Esp.**, v.7, n.6, p.187-198, 2001.

GUEDES, Dartagnan Pinto; GUEDES, Joana Elisabete Ribeiro Pinto; BARBOSA, Décio Sabbatini; OLIVEIRA, Jair Aparecido. Atividade física habitual e aptidão física relacionada à saúde em adolescentes. **Rev. Bras. Ci. Mov.** v.10, n.1, p.13-21, 2002.

GUISELINI, Mauro. **Aptidão física saúde e bem-estar: fundamentos teóricos e exercícios práticos**. São Paulo: Phorte, 2004.

HASTUTI, Janatin. Body constitution, grip strength, and vital capacity of children 15 to 18 years in samigaluh highland and Galur lowland Kulonprogo Yogyakarta. **Berkala Ilmu Kedokteran.**, v.39, n.1, p.27-36, 2007.

HBSC - HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN. **Study**: international report from the 2001/2002 study. Geneva: WHO, 2004.

HONG, Sungdo David; YANG, Jae Won; JANG, Won Seok; BYUN, Heejung; LEE, Moon Soo; KIM, Hee Soo; OH, Mi-Young; KIM, Ji-Hae. The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents (KIDSCREEN-52-HRQOL): Reliability and Validity of the Korean Version. **J Korean Med Sci.**, n.22, p.446-52, 2007.

KUNKEL, Nádia; OLIVEIRA, Walter Ferreira; PERES, Marco Aurélio. Excesso de peso e qualidade de vida relacionada à saúde em adolescentes de Florianópolis, SC. **Rev Saúde Públ.**, n.43., v.2., p.226-235, 2009.

LA SCALA, Cíntia; NASPITZ, Charles; SOLÉ, Dirceu. Adaptação e validação do Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ-A) em crianças e adolescentes brasileiros com asma. **J. Pediatr.**, v.81, n.1, p.54-60, 2005.

LA TORRE, Giuseppe; MASALA, Daniele; DE VITO, Elisabetta; LANGIANO, Elisa; CAPELLI, Giovanni; RICCIARDI, Walter. PHASES (PHysical Activity and Socio-Economic Status) collaborative group. Extra-curricular physical activity and socioeconomic status in Italian adolescents. **BMC Public Health.**, v.6, p.6-22, 2006.

LÉGER, A. Luc; LAMBERT, Jean.; MERCIER, Damien. Predicted V02 maximal speed for a multistage 20-m shuttle run in 7000 children aged 6-17. **Med. Sci. Spor. Exer.**, v.15, n.2, p.142-143, 1983.

LEPLÈGE, Alain; RUDE, N. The importance of patient's own view about their quality of life. **AIDS.**, n.9, p.1108-9, 1995.

LOPES, Vitor Pires; MAIA, José Antônio Ribeiro. Atividade física nas crianças e jovens. **Rev. Bras. Cineantr. Desem. Hum.**, n.1., v.6., p. 82-92, 2004.

MALINA, Robert Malina. Crescimento de crianças latino-americanas: comparações entre os aspectos socioeconômicos, urbano-rural e tendência secular. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.4, n.3, p.46-75, 1990.

MAMUN, Abdullah Ali; HAYATBAKHS, Mohammad R.; O'CALLAGHAN, Michael; WILLIAMS, Gail; NAJMAN, Jake. Early overweight and pubertal maturation-pathways of association with young adults' overweight: a longitudinal study. **Int. J. Obes.**, n.33, p.14–20, 2009.

MANUAL of the Kidscreen Questionnaires: Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents – The European Public Health Perspective. **Biometrical Jour.**, 46 (suppl.), 111 2005.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2000.

MATSUDO, Victor; ANDRADE, Douglas; MATSUDO, Sandra; ARAUJO, Timóteo; ANDRADE, Erinaldo; OLIVEIRA, Luis Carlos; BRAGGION, Gláucia; RIBEIRO, Marcos. "Construindo" saúde por meio da atividade física em escolares. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.11, n.4, p.111-118, 2003.

MATTOS, M. G.; ROSSETTO JUNIOR, A. J.; BLECHER, S. **Metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigos e projetos**. 3.ed. São Paulo: Phorte, 2008.

MELO, Fernando Afonso Pereira; OLIVEIRA, Fernando Martins Fagundes; ALMEIDA, Marcos Bezerra. Nível de atividade física não identifica o nível de flexibilidade de adolescentes. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.**, n.1, v.14, 2009.

MINAYO, Maria Souza; HARTZ, Zulmira Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ci. Saúde Col.**, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORENO, Arlinda; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme; LOPES, Claudia; CHOR, Dora. Propriedades psicométricas do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, n.22, v.12, p. 2585-2597, 2006.

MOTA, Jorge; GUERRA, Sandra, REGO, Carla; RIBEIRO, José Carlos; SANTOS, Rute. Níveis e padrão de actividade física quotidiana em crianças obesas sujeitas a um programa de treino. **Endocri. Metab. Nutr.**, v.10, n.2, p.01-09, 2002.

MOURA, Patrícia Martins; MOREIRA, Demóstenes; CAIXETA, Ana Paula. Força de preensão palmar em crianças e adolescentes saudáveis. **Rev. Paul. Pediatr.**, v.26, n.3, p.290-4, 2008.

MURER, Evandro. **Aplicação da escala de qualidade de vida em crianças de 07 a 12 anos praticantes de atividade física em academia e suas relações com a aptidão física**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida. Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 4.ed. Londrina: Midiograf, 2006.

NOBRE, Francisco Salviano Sales; KREBS, Ruy Jornada; VALENTINI, Nadia. Práticas de lazer, nível de atividade física e aptidão física de moças e rapazes Brasileiros. **Rev. Salud Pública**. n.11., v.5., p.713-723, 2009.

OH, In-Hwan; LEE, Goeun; MO OH, Chang; CHOI, Kyung-Sik; CHOE, Bong-Keun; CHOI, Joong-Myung; YOON, Tai-Young. Association between the Physical Activity of Korean Adolescents and Socioeconomic Status. **J. Prev. Méd. Pub. Health**, v.42, n.5, p.305-314. 2009.

OLIVEIRA, Arli Ramos; MARANI, Fernando; OMORI, Marcos Kazuyoshi; ONO, Melina Yumi. In: CONGRESSO NORTE PARANAENSE DE EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR, 2., 2005. Londrina. **Anais...** Londrina, 2002. p.103-116.

OLIVEIRA, Simone. A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. **Cad. Saúde Públ.**, v.13, n.4, p.625-634, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Ottawa, Canadá, 1986. p.17-21.

PARDINI, Renato; MATSUDO, Sandra; ARAÚJO, Timóteo; MATSUDO, Victor; ANDRADE, Erinaldo; BRAGGION, Gláucia; ANDRADE, Douglas; OLIVEIRA, Luis; FIGUEIRA JR, Aylton; RASO, Vagner. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ - versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ci. Mov.**, v.9, n.3., 2001.

PATE, R. Russel. The evolving definition of physical fitness. **Quest**, v.40, n.3, p.174-179, 1988.

PATE, Russel; PRATT, Michael; BLAIR, Steven N; HASKELL, W. L; MACERA; C. A; BOUCHARD, Cloude. Physical activity and public health. A recommendation from the

Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, n.273, p.402-407. 1995.

PEZZETTA, Orion Moreno; LOPES, Adair da Silva; PIRES NETO, Cândido Simões. Indicadores de aptidão física relacionados à saúde em escolares, do sexo masculino. **Rev. Bras. Cineantr. Des. Hum.**, v.5, n.2, p.7-14, 2003.

PITANGA, Francisco José Gondim. **Testes, medidas e avaliação em educação física e esportes**. 5.ed. São Paulo: Phorte, 2008.

RAJMIL, Luis; HERDMAN, Michael; SANMAMED, Maria J. F.; DETMAR, Symone.; BRUIL, Jeanet; RAVENS-SIEBERER, Ulrike; BOLLINGER, Monika;

RAVENS-SIEBERER, Ulrike; AUQUIER, Pascal; ERHART, Michael; GOSCH, Ângela; RAJMIL, Luis; BRUIL, Jeanet; POWER, Mick; DUER, Wolfgang; Cloetta, Bernhard; CZEMY, Ladislav; MAZUR, Joanna; CZIMBALMOS, Agnes; TOUNTAS, Yannis; HAGQUIST, Curt; KILROE, Jean. The European KIDSCREEN Group. The KIDSCREEN-27 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. **Qual. Life Res.**, n.16, p.1347–1356, 2007.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike; GOSCH, Angela; ABEL, Thomas; AUQUIER, Pascal; BELLACH, Bärbel-Maria; BRUIL, Jeanet; DÜR, Wolfgang; POWER, Mick; RAJMIL, Luis.; EUROPEAN KIDSCREEN GROUP. Quality of life in children and adolescents: a European public health perspective. **Prev. Med.** n.46, p.294-302, 2001.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike; GOSCH, Ângela; RAJMIL, Luis; ERHART, Michael; BRUIL, Jeanet; DUER, Wolfgang; AUQUIER, Pascal; POWER, Mick; ABEL, Thomas; CZEMY, Ladislav; MAZUR, Joanna; CZIMBALMOS, Agnes; TOUNTAS, Yannis; HAGQUIST, Curt; KILROE, Jean.; THE EUROPEAN KIDSCREEN GROUP. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. **Exp. Rev. Pharm. Out. Res.**, v.5, n.3, p.353-364, 2005.

RAVENS-SIEBERER, Ulrike; GOSCH, Ângela; RAJMIL, Luis; ERHART, Michael; BRUIL, Jeanet; POWER, Mick; DUER, Wolfgang; AUQUIER, Pascal; Cloetta, Bernhard; CZEMY, Ladislav; MAZUR, Joanna; CZIMBALMOS, Agnes; TOUNTAS, Yannis; HAGQUIST, Curt; KILROE, Jean.; THE KIDSCREEN Group. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries. **Value Health.**, n.4, v.11, 2008.

RIBEIRO, José Luis Pais. Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. **Anal. Psic.**, v.2, n. 22, p.387-397, 2004.

RIBEIRO, José Pais; PINTO, C.; SANTOS, C. Validation study of the portuguese version of the QLC-C30-V.3. **Psic. Saúde Doenç.**, v.9, n.1, p. 89-102, 2008.

ROBITAIL, Stéphane; SIMEONI, Marie-Claude; ERHART, Michael; RAVENS-SIEBERER, Ulricke; BRUIL, Janet; AUQUIER, Pascal; THE KIDSCREEN GROUP. Validation of the European Proxy KIDSCREEN-52 Pilot Test Health- Related Quality of Life Questionnaire: First Results. **J. Adol. Health.**, n.39, p. 596,1,10, 2006.

RODRIGUES, Anabel; PEREZ, Anselmo José; CARLETTI, Luciana; BISSOLI, Nazaré; ABREU, Gláucia. Aptidão cardiorrespiratória e associações com fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **J. Pediatr.**, v.83, n.5, p.429-435, 2007.

RONQUE, Enio Vaz Ronque. **Crescimento físico e aptidão física relacionada à saúde em escolares de alto nível socioeconômico.** 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ROZOV, Tatiana; CUNHA, Maristela; NASCIMENTO, Oliver; QUITTNER, Alexandra; JARDIM, José R. Validação lingüística dos questionários de qualidade de vida em fibrose cística. **J. Pediatr.**, v.82, n.2, p.151-156, 2006.

RUIZ, Jonatan; ESPAÑA-ROMERO, Vanesa; ORTEGA, Francisco; SJÖSTROM, Michael; CASTILLO, Manuel J.; GUTIÉRREZ, Angel. Hand span influences optimal grip span in male and female teenagers. **J. Hand Surg.**, v.31, n.8, p. 1367-1372, 2006.

SAIDL, Eliane Maria Fleury; ZANON, Celia M. L. Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública.**, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SANTOS, Tania Gaspar Sintra. **Qualidade de vida em crianças:** factores pessoais e sociais promotores da qualidade de vida. 2008. Tese (Doutorado) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. Portugal.

SCHLARMANN, Jörg Grobe; BLAU Sabine Metzging; SCHNEPP, Wilfried. The use of health-related quality of life (HRQOL) in children and adolescents as an outcome criterion to evaluate family oriented support for young carers in Germany: an integrative review of the literature. **BMC Public Health.**, p.404-414, 2008.

SCHLÜSSEL, Michael Maia; ANJOS, Luiz Antonio; KAC, Gilberto. A dinamometria manual e seu uso na avaliação nutricional. **Rev. Nutr.**, v. 21, n.2, p.223-235, 2008.

SCHNEIDER, Patrícia; BENETTI, Gisele; MEYER, Flávia. Força muscular de atletas de voleibol de 9 a 18 anos através da dinamometria computadorizada. **Rev. Bras. Med. Esp.**, v.10, n.2, 2004.

SERASSUELO JUNIOR, Helio; RODRIGUES, Alexandra Ramos; CYRINO, Edilson Serpeloni; RONQUE, Enio Vaz; OLIVEIRA, Sérgio Ricardo de Souza; SIMÕES, Antonio Carlos. Aptidão física relacionada à saúde em escolares de baixo nível socioeconômico do município de cambé/pr. **Rev. Educ. Fís. UEM.**, v.16, n.1, p.5-11, 2005.

SILVA, Kelly Sâmara; NAHAS, Markus Vinicius; HOEFELMANN, Luana Peter; LOPES, Adair da Silva; OLIVEIRA, Elusa Santana. Associação entre atividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.11, n.1, p.159-168, 2008.

SILVA, Roberto Jerônimo dos Santos. Capacidades físicas e os testes motores voltados à promoção da saúde em crianças e adolescentes. **Rev. Bras. Cineantr. Des. Hum.**, v.5, n.1, p.75-84, 2003.

SILVA, Viviane Carvalho; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro. Qualidade de vida em crianças com distúrbios obstrutivos do sono: avaliação pelo OSA-18. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, v.72, n.6, p.747-756, 2006.

SIMEONI, Marie C.; AUQUIER, Pascal. THE KIDSCREEN GROUP. European Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: a qualitative analysis of content. **J. Adol. Health**, n.34, p.37-45, 2004.

SOUZA, Cleane Vieira; CORDEIRO FILHO, Valter; SOUZA, Evanice Avelino; LEMOS, Luis Fernando; TROMPIERE FILHO, Nicolino. Análise do nível de atividade física e perfil socioeconômico dos adolescentes de fortaleza. **Rev. Dig.**, n.133, 2009.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. **Inter. J. Mental Health.**, v.23, n.3, p.24-56, 1994.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Méd.**, n.41, p.1403-10, 1995.

TOURINHO FILHO, Hugo; TOURINHO, Lilian Simone Pereira Ribeiro. Crianças, adolescentes e atividade física: aspectos maturacionais e funcionais. **Rev. Paul. Ed. Fís.**, v.12, n.1, p.71-84, 1998.

ULBRICH, Anderson Zanpier; BOZZA, Rodrigo; MACHADO, Hinaina Santos; MICHELIN, André; VASCONCELOS, Ítalo Q. Araújo; STABELINI NETO, Antonio; MASCARENHAS, Luis Paulo Gomes; CAMPOS, Wagner. Aptidão física em crianças e adolescentes de diferentes estágios maturacionais. **Fit. Perf. J.**, n.6, v.5, p.277-282, 2007.

VIDO, Milena Butolo; FERNANDES, Rosa Áurea Quintela. Qualidade de vida: considerações sobre conceito e instrumentos de medida. **Braz. J. Nurs.**, v.6, n.2, 2007.

VIEIRA, J. A. Palácio; OLIVES, E. Villalonga; VALDERAS, J. M.; ESPALLARGUES, M.; HERDMAN, M.; BERRA, S.; ALONSO, J.; RAJMIL, Luis. Changes in health-related quality of life (HRQoL) in a population-based sample of children and adolescents after 3 years of follow-up. **Qual. Life Res.**, n.17, p.1207–1215, 2008.

WEINECK, Jürgen. **Atividade física e esporte para quê?** São Paulo: Manole. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO definition of Health**. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>>. Acesso em: 8 dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT GROUP. **What is Quality of Life?** World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL): World Health Forum, 1996.

ZUBARAN, Carlos; PERSCH, Karina; TARSO, Desire; IOPPI, Ana; MEZZICH, Juan. The correlation between health status and quality of life in southern Brazil. **Med. J.**, v.126, n.5, p.257-61, 2008.

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Termo de Consentimento livre e esclarecido

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(De acordo com a Resolução 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

**TÍTULO DO PROJETO:** ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E DESEMPENHO MOTOR EM ESCOLARES. Nº: 14780.2010-72

**Objetivos do projeto:** analisar a qualidade de vida e o desempenho motor entre os escolares de diferentes contextos socioeconômico do município de Londrina, Paraná. Identificar indicadores ligados à qualidade de vida, de acordo com a idade, gênero e contexto socioeconômico. Identificar indicadores ligados ao desempenho motor, de acordo com a idade, gênero e contexto socioeconômico. Analisar eventual associação estatística entre qualidade de vida e desempenho motor.

**Procedimentos:** uma equipe de pesquisadores treinados serão os responsáveis pela coleta das informações. Os procedimentos por eles realizados, deverão seguir dois momentos: primeiramente responder o questionário (Kidscreen-52) em sala de aula e na presença do pesquisador. Tão logo terminarem de responder, deverá ser encaminhado aos pais ou tutores um questionário similar que após ser respondido por um dos pais ou tutores, haverá um prazo de uma semana para ser devolvido ao pesquisado. Num segundo momento, serão submetidos aos testes de desempenho motor, força, flexibilidade e capacidade cardiorrespiratória.

**Desconfortos e Riscos:** O questionário, bem como os testes de desempenho motor a serem aplicados, não deverão oferecer riscos ou desconfortos para a integridade física, mental ou social dos participantes.

**Benefícios:** as informações obtidas nessa pesquisa poderão proporcionar ações de saúde que possam melhorar a qualidade de vida dos jovens, além de serem úteis cientificamente.

**Esclarecimentos antes e durante a pesquisa:** Todos os jovens terão esclarecimento assim que se fizer necessário a qualquer tempo sobre os procedimentos, os riscos e os benefícios relacionados à pesquisa. Qualquer questão sobre a metodologia utilizada no projeto ou informações adicionais que se fizerem necessárias serão encorajadas.

**Recusar ou retirar o consentimento:** A permissão para participar do projeto é voluntária. Portanto, os responsáveis legais estarão livres para negar esse consentimento a qualquer momento, sem que isto traga qualquer tipo de constrangimento ou penalização.

**Despesas decorrentes da participação no projeto de pesquisa:** Os voluntários estarão isentos de qualquer despesa ou ressarcimento decorrente do projeto de pesquisa.

**Exposição dos resultados e preservação da privacidade:** Os resultados obtidos no estudo deverão ser publicados, independentemente dos resultados encontrados; contudo, sem que haja identificação dos jovens que prestarem sua contribuição como sujeitos da amostra, respeitando, assim, a privacidade dos participantes conforme rege as normas éticas.

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pelo pós-graduando Raymundo Pires Jr. e ter entendido o que me foi explicado, não havendo mais dúvidas, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar do projeto.

---

Assinatura do participante

Eu, Raymundo Pires Jr., declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto. Em caso de qualquer dúvida, favor entrar em contato conosco na Direção do Centro de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina – Fones 3371.4144 ou (43) 8403.8930  
e-mail: raymundopires@sercomtel.com.br

---

Assinatura do Pós-Graduando

Londrina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

**ANEXO B**

Proyecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008

## Avaliação de indicadores morfológicos, condição física e hábitos de vida saudáveis na população infanto-juvenil



## QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

### Questionário para Escolares

|            |                  |
|------------|------------------|
| Matricula: | Código do Aluno: |
|------------|------------------|

Olá  
!!!

Como está? Como você se sente? Isto é o que queremos saber de você.

Por favor, leia cada pergunta com atenção enquanto pensa em sua resposta. Procure recordar a última semana, ou seja, os últimos 7 dias. Qual é a resposta que primeiro ocorre a você? Escolha a opção que acredita ser melhor para você e assinale a resposta com um **X**.

Lembre-se: Isto não é uma prova. Não existem respostas certas ou erradas. Porém, é importante que responda todas as perguntas e que possamos identificar claramente o **X**.

Não comente suas respostas com ninguém. Ninguém mais, além de nós, terá acesso as suas respostas. Suas respostas serão confidenciais.

Por favor, anote a data de hoje:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

Qual é o seu sexo?

Feminino

Masculino

Qual é a data de seu nascimento?

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia

Mês

Ano

Você tem alguma deficiência, doença ou problema médico crônico?

Não

Sim

Qual? \_\_\_\_\_

## 1. Atividade Física e Saúde

De maneira geral., como você acha que é a sua saúde?

1.  Excelente  Muito boa  Boa  Regular  Ruim

Considerando a última semana...

|   | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 2. Você tem se sentido bem e em boa forma?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Você tem se sentido fisicamente ativo/a fisicamente? (por exemplo, tem feito corridas, andado de bicicleta, etc.)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Você tem podido correr bem?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

|   | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. Você tem se sentido com muita energia? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 2. Seus Sentimentos

Considerando a última semana...

|  | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Você tem desfrutado da vida?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Você tem se sentido contente de estar vivo/a? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|   |                               |                                   |  |                                |                                     |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 3. Você tem se sentido satisfeito/a com sua vida? | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|

Considerando a última semana...

|                                  | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. Você tem estado de bom humor? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Você tem se sentido alegre?   | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 6. Você tem se divertido?        | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

### 3. Seu Estado de Animo e Emocional

Considerando a última semana...

|  | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Você esta tendo a sensação de fazer tudo errado?            | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 2. Você esta se sentido triste?                                | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 3. Você esta se sentido tão mal que não quer fazer nada?       | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 4. Você esta tendo a sensação de que tudo em sua vida vai mal? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Você esta se sentido farto/a, cheio/a da vida?              | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 6. Você esta se sentido só?                                    | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 7. Você esta se sentido sobre pressão?                         | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

### 4. Sobre você mesmo

Considerando a última semana...

|   | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Você esta contente com a sua maneira de ser?                 | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 2. Você esta contente com as suas roupas?                       | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 3. Você está preocupado/a com o seu aspecto?                    | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 4. Você tem inveja do aspecto de seus colegas?                  | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Existe alguma parte do seu corpo que você gostaria de mudar? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

### 5. Seu Tempo Livre

| Considerando a última semana... |   | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                              | Você tem tempo suficiente para você mesmo?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                              | Você tem feito aquilo que você quer fazer no seu tempo livre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                              | Você tem oportunidade suficiente de estar ao ar livre?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                              | Você tem tempo suficiente para ver os amigos/as?              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                              | Você tem escolhido o que fazer em seu tempo livre?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 6. Sua Vida Familiar

| Considerando a última semana... |  | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|---------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                              | Seus pais têm entendido você?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                              | Você tem se sentido querido/a pelos seus pais? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana... |  | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3.                              | Você tem se sentido feliz em sua casa?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                              | Seus pais têm tempo suficiente para você?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                              | Seus pais têm tratado você de forma justa? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                              | Você tem dialogado com seus pais?          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 7. Assuntos Financeiros

| Considerando a última semana... |  | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1.                              | Você tem dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                              | Você tem dinheiro suficiente para os seus gastos?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana... |  | Nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---------------------------------|--|------|----------|---------------|-------|------------|
|---------------------------------|--|------|----------|---------------|-------|------------|

|  |                       |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 3. Você tem tido dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer com seus amigos/as? | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 8. Seus amigos/as

| Considerando a última semana...                                 |                       | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Você tem estado com seus amigos/as?                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Você tem realizado tarefas com outros jovens?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Você tem se divertido com seus amigos/as?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Você e seus amigos/as têm se ajudado uns/umas aos outros/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Você tem falado de tudo com seus amigos/as?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Você tem confiança em seus amigos/as?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 9. Sua Escola

| Considerando a última semana...                 |                       | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Você tem se sentido feliz na escola?         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Você esta bem nos estudos?                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Você esta satisfeito/a com seus professores? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Considerando a última semana...                    |                       | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4. Você tem prestado atenção nas aulas?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Você gosta de ir a escola?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Você tem se relacionado bem com os professores? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 10. Você e os Demais

| Considerando a última semana... |                       | Algumas               | Quase                 |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|  | Nunca                          | Quase nunca                          | vezes                                  | sempre                                | Sempre                          |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Você tem medo dos outros rapazes/moças?               | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 2. Outros rapazes/moças têm zombado de Você?             | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 3. Outros rapazes/moças têm intimidado ou ameaçado você? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

**Muito obrigado pela sua participação !!!**

**ANEXO C**

Proyecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE****Questionário para Pais/Tutores**

Código do aluno:

**Prezados Pais ou Tutores:**

Está em curso um estudo de pesquisa sobre a qualidade de vida relacionada à saúde em escolares do ensino fundamental e médio. O estudo é parte de um levantamento populacional que está sendo realizado no Brasil e em outros países da América Latina, Espanha e Portugal., e destina-se a identificar alguns aspectos relacionados à saúde da população infanto-juvenil e sua repercussão em indicadores associados ao crescimento físico e ao desempenho motor com o objetivo de proporcionar dados que permitam traçar estratégias de intervenção em diversos níveis de atuação.

Para tanto, professores do Centro de Educação Física e Esporte da Universidade Estadual de Londrina (CEFE/UEL) deverão realizar medidas antropométricas e aplicar testes motores em alunos selecionados para o estudo e obter dos pais/tutores, mediante questionário, um conjunto de dados sobre o seu comportamento.

Dessa forma, solicitamos o consentimento dos senhores para que seu filho(a) possa participar do estudo, respondendo o questionário em anexo e devolvendo-o para a Coordenação do Colégio por intermédio de seu próprio filho(a). Lembramos que sua participação no estudo é inteiramente voluntária. Contudo, se for o caso de nos atender, solicitamos que procure responder as questões da melhor maneira possível, fazendo com que as suas respostas possam refletir a perspectiva de seu filho(a).

Para as suas respostas, procure recordar o comportamento de seu filho(a) na última semana, ou seja, os últimos sete dias.

Por favor, anote a data de hoje:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Dia Mês Ano

Quem esta respondendo este questionário?

- Mãe  Pai  
 Madrasta / Companheira do pai  Padrasto / Companheiro da mãe  
 Outro Quem? \_\_\_\_\_

Qual a data de nascimento deste seu filho(a)?

\_\_\_\_\_  
Dia

\_\_\_\_\_  
Mês

\_\_\_\_\_  
Ano

Qual o sexo deste seu filho(a)?

- Feminino  Masculino

Qual a altura e o peso corporal aproximado deste seu filho(a)?

\_\_\_\_\_ centímetros

\_\_\_\_\_ quilogramos

## 1. Atividade Física e Saúde deste seu filho(a)

Em geral., como você diria que é a saúde deste seu filho(a)?

1.  Excelente  Muito boa  Boa  Regular  Ruim

Considerando a última semana...

| O seu filho(a):                 |   | Nada                          | Um pouco                          | Moderadamente                          | Muito                          | Muitíssimo                          |
|---------------------------------|---|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 2.                              | Tem se sentido bem e em forma?  | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 3.                              | Tem se sentido fisicamente ativo/a (por exemplo, tem feito corridas, andado de bicicleta, etc)? | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 4.                              | Tem podido correr bem?  | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| Considerando a última semana... |   | Nunca                         | Quase nunca                       | Algumas vezes                          | Quase sempre                   | Sempre                              |

|                                      |                                |                                      |  |                                       |                                 |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 5. Tem se sentido com muita energia? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|

## 2. Sentimentos deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

| <b>O seu filho(a):</b>                       | Nada                          | Um pouco                          | Moderadamente                          | Muito                          | Muitíssimo                          |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Tem desfrutado da vida?                   | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 2. Tem se sentido contente de estar vivo/a?  | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 3. Tem se sentido satisfeito/a com sua vida? | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

|                             | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. Tem estado de bom humor? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Tem se sentido alegre?   | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 6. Tem se divertido?        | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

## 3. Estado de animo deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

| <b>O seu filho(a):</b>                             | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Tem a sensação de estar fazendo tudo errado?    | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 2. Tem se sentido triste?                          | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 3. Tem se sentido tão mal que não quer fazer nada? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 4. Tem a sensação de que tudo em sua vida vai mal? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Tem se sentido farto/a, cheio/a da vida?        | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 6. Tem se sentido só?                              | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 7. Tem se sentido sobre pressão?                   | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

## 4. Sobre o quê seu filho(a) pensa dele mesmo

Considerando a última semana...

| <b>O seu filho(a):</b>                           | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Esta contente com sua forma de ser?           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Esta contente com sua roupa?                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Esta preocupado/a com seu aspecto?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tem inveja do aspecto de seus colegas?        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gostaria de trocar alguma parte do seu corpo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 5. Tempo livre deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

| <b>O seu filho(a):</b>  | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tem tempo suficiente para ele/a mesmo/a?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Tem feito as coisas que ele/a quer fazer no seu tempo livre? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Tem oportunidade suficiente de estar ao ar livre?            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Tem tempo suficiente para ver os seus amigos/as?             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Tem escolhido o que fazer em seu tempo livre?                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 6. Vida familiar deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

| <b>O seu filho(a):</b>                            | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Tem se sentido compreendido/a pelos seus pais? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Tem se sentido querido/a pelos seus pais?      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

|                        |  | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>O seu filho(a):</b> |  |                       |                       |                       |                       |                       |
| 3.                     | Se sente feliz em sua casa?                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                     | Tem recebido atenção suficiente de seus pais?    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                     | Tem sido tratado de forma justa pelos seus pais? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6.                     | Tem dialogado com seus pais quando deseja?       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 7. Assuntos financeiros deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

|                        |   | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>O seu filho(a):</b> |   |                       |                       |                       |                       |                       |
| 1.                     | Tem dinheiro suficiente para fazer as mesmas coisas que seus amigos/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                     | Tem dinheiro suficiente para os seus gastos?                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

|                        |   | Nada                  | Um pouco              | Moderadamente         | Muito                 | Muitíssimo            |
|------------------------|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>O seu filho(a):</b> |   |                       |                       |                       |                       |                       |
| 3.                     | Tem dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer com seus amigos/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## 8. Amigos/as deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

|                        |  | Nunca                 | Quase nunca           | Algumas vezes         | Quase sempre          | Sempre                |
|------------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>O seu filho(a):</b> |  |                       |                       |                       |                       |                       |
| 1.                     | Tem estado com seus amigos/as?                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2.                     | Tem realizado tarefas com outros jovens?                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3.                     | Tem se divertido com seus amigos/as?                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4.                     | E seus amigos/as têm se ajudado uns/umas aos outros/as?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5.                     | Tem conversado sobre vários assuntos com seus amigos/as? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

|                                     |                                |                                      |  |                                       |                                 |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 6. Tem confiança em seus amigos/as? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|

## 9. A escola deste seu filho(a)

Considerando a última semana...

| O seu filho(a):                            | Nada                          | Um pouco                          | Moderadamente                          | Muito                          | Muitíssimo                          |
|--|-------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Tem se sentido feliz na escola?         | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 2. Esta bem nos estudos?                   | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |
| 3. Esta satisfeito/a com seus professores? | Nada<br><input type="radio"/> | Um pouco<br><input type="radio"/> | Moderadamente<br><input type="radio"/> | Muito<br><input type="radio"/> | Muitíssimo<br><input type="radio"/> |

Considerando a última semana...

| O seu filho(a):                                 | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 4. Tem prestado atenção nas aulas?              | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 5. Gosta de ir para a escola?                   | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 6. Tem se relacionado bem com seus professores? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

## 10. Relação deste seu filho(a) com os demais jovens

Considerando a última semana...

| O seu filho(a):  | Nunca                          | Quase nunca                          | Algumas vezes                          | Quase sempre                          | Sempre                          |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1. Tem medo (temor) de outros rapazes/moças?                     | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 2. Tem sido zombado por outros rapazes/moças?                    | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |
| 3. Tem recebido intimidações ou ameaças de outros rapazes/moças? | Nunca<br><input type="radio"/> | Quase nunca<br><input type="radio"/> | Algumas vezes<br><input type="radio"/> | Quase sempre<br><input type="radio"/> | Sempre<br><input type="radio"/> |

Muito obrigado pela sua participação!

**ANEXO D**

Projecto de Investigación A/7481/07. AECI 2008

Avaliação de indicadores morfológicos, condição física e hábitos de vida saudáveis na população infanto-juvenil

**DADOS DE CODIFICAÇÃO**

|         |                     |                  |
|---------|---------------------|------------------|
| País:   | Data de Nascimento: |                  |
| Escola: | Data da Avaliação:  |                  |
| Curso:  | Sexo: M<br>F        | Código do Aluno: |

**DADOS ANTROPOMÉTRICO**

|               | 1ª Med |
|---------------|--------|
| Peso (kg)     |        |
| Estatura (cm) |        |

| Testes Físicos | 1ª Medida |     | 2ª Medida |     |
|----------------|-----------|-----|-----------|-----|
| Course Navette |           |     |           |     |
| Dinamometria   | DIR       | ESQ | DIR       | ESQ |
|                |           |     |           |     |
| Sit and Reach  |           |     |           |     |